Alcohol. Bekijk het eens nuchter.

/ VAD-studiedag / 22 november 2001 / Internationaal Congrescentrum Gent /

Referatenbundel

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
E. Tollenaerestraat 15, 1020 Brussel
Tel. 02-423 03 33 / Fax 02-423 03 34
e-mail: vad@vad.be / website: http://www.vad.be

VAD

INHOUD

1. Inleiding 2

2. Het Europees Alcohol Actie Plan
   België, een goede leerling van Europa? 4

3. Berekend en becijferd: Belgen en alcohol 17

4. De combiroes: pick 'n mix of rationele keuze? 33

5. Geweld onder invloed van alcohol 36

6. Hulpverlening bij alcoholproblemen:
   welke interventies zijn effectief? 40

7. Als de rook om je hoofd is verdwenen 44

8. Workshop 1: Iedereen Bob? 50

9. Workshop 2: Kinderen en jongeren van ouder(s)
   met een alcoholprobleem: kind van de rekening 55

10. Workshop 3: Alcoholproblemen in de
    huisartsenpraktijk: horen, zien en zwijgen? 61

11. Workshop 4: Alcoholreclame: Kan alles? Mag alles? 69

12. Workshop 5: Doet alcohol werken? Werkt alcohol? 74

13. Het Nederlandse alcoholbeleid 80

14. Beleidsdebat Alcoholproblematiek 84

1. INLEIDING

VAD zette tijdens haar jaarlijkse studiedag in 2001 het thema 'Alcohol' in de schijnwerpers. Al te vaak immers eisen de illegale middelen al onze aandacht op en verdwijnt alcohol op de achtergrond, zowel bij de algemene bevolking als bij intermediairen als bij de overheid. Ondanks de plaats die alcohol onmiskenbaar verworven heeft in onze samenleving, zijn de problemen niet te onderschatten. Schattingen spreken van 300.000 tot 500.000 probleemdrinkers en zware maatschappelijke kosten op diverse vlakken: gezondheidszorg, werkverzuim, weekendongevallen, ...

Onder de slogan 'Alcohol. Bekijk het eens nuchter.' wou VAD een gevarieerd programma aanbieden en zoveel mogelijk mensen aanspreken.
Tijdens de voormiddag passeerden recente beleidsontwikkelingen en onderzoeksresultaten de revue. Marijs Geirnaert beet de spits af met een bijdrage over het Europees Alcohol Actie Plan en een stand van zaken over een Nationaal Alcohol Actie Plan voor België. Else De Donder bracht een overzicht van de recente cijfergegevens over diverse aspecten van de alcoholproblematiek. Onderzoeksresultaten over de combinatie van alcohol met cannabis enerzijds en stimulerende middelen anderzijds kregen we van Ton Nabben. We vernamen dat de meeste gebruikers goed weten wat ze van bepaalde combinaties kunnen verwachten en dat ze daar ook gepast op anticiperen. Karolien Meuwissen ging dieper in op de relatie tussen alcoholgebruik en geweld, gegevens die van belang zijn voor de beoordeling van toerekeningsvatbaarheid, preventie en de behandeling van alcoholgebruikende geweldplegers. Uitdagend was ook de bijdrage van dr. Peter Geerlings over de recentste inzichten in alcoholverslaving en de effectiviteit van nieuwe interventies. In dit verslagboek vindt u ten slotte ook de tekst van Johan Rosiers die het verband onderzocht tussen de afhankelijkheid van alcohol en/of andere drugs enerzijds en nicotine anderzijds.
Tijdens de namiddag viel heel wat informatie te rapen over diverse hete hangijzers en werden soms pittige discussies gevoerd. Een eerste topper was de werkgroep 'Kinderen en jongeren van ouder(s) met een alcoholprobleem: kind van de rekening?' die de deelnemers liet kennismaken met twee Vlaamse initiatieven die kinderen en jongeren constructief leren omgaan met hun specifieke gezinssituatie en de problemen die zij ervaren. Een tweede drukbezochte werkgroep was 'Doet alcohol werken? Werkt alcohol?' waar onder meer de relatie tussen alcoholproblemen en werkomstandigheden geëxploreerd werd.
In 'Horen, zien en zwijgen' stonden de huisartsen centraal. Welke rol kunnen huisartsen opnemen bij alcoholproblemen? Drie artsen bespraken met de deelnemers hun visie aan de hand van casussen en onderzoeksresultaten. In de workshop 'Iedereen Bob' werd één van onze bekende maatschappelijke problemen aangekaart: verkeersveiligheid. Meer concreet werd ingegaan op de pro's en contra's van een totaalverbod op alcohol in het verkeer en een verlaging van de 0.5 promillegrens. 'Alcoholreclame: Kan alles? Mag alles?' was de centrale vraag in de vijfde workshop. Zowel vertegenwoordigers van de industrie, de reclamewereld als het preventiewerk en een ethicus gaven hun mening.
We sloten de studiedag af met een voorstelling van het Nederlandse alcoholbeleid en een debat met onze Vlaamse en federale beleidsverantwoordelijken.

Uit de evaluaties blijkt dat het programma bijzonder gesmaakt werd door de deelnemers, zowel het algemene concept als de inhoud werden positief beoordeeld. De talrijke opkomst bewijst bovendien dat onze vraag om aandacht voor alcohol gedragen wordt door het werkveld.
Daarnaast blijkt de VAD-studiedag jaar na jaar meer uitgesproken een ontmoetingsplaats te worden voor wie in de alcohol- en drugsector werkt of er nauw bij betrokken is. Ook deze doelstelling willen we in de toekomst niet uit het oog verliezen.

Om de schat aan informatie die op deze studiedag aan bod kwam ook toegankelijk te maken voor wie er niet was en de deelnemers de mogelijkheid te geven er nog eens naar terug te grijpen werd dit verslagboek samengesteld. U vindt er de teksten in van alle sprekers en een verslag van de debatten in de werkgroepen.

Dit verslagboek mag dan wel het sluitstuk zijn van de studiedag, hopelijk kan het de aanzet zijn voor een groeiende aandacht voor het thema alcohol.

Januari 2002

2. HET EUROPEES ALCOHOL ACTIE PLAN BELGIË, EEN GOEDE LEERLING VAN EUROPA?

Marijs Geirnaert
Directeur VAD
Nationale vertegenwoordiger in het Europees Alcohol Actie Plan

De lidstaten van de regio Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werken reeds meer dan zes jaar aan een geïntegreerd alcoholbeleid. In 1995 werd een eerste en in 2000 een tweede Europees Alcohol Actie Plan (EAAP) ontwikkeld, waarin een aantal ethische principes en tien strategieën worden aangegeven voor een Europees en een nationaal alcoholbeleid.
Voor deze tien strategieën worden zeer concrete acties en resultaatsgebieden geformuleerd die de schade als gevolg van alcoholmisbruik tegen 2005 zouden moeten verminderen.
Deze doelstelling wordt door de WHO als één van de belangrijkste uitdagingen voor de volksgezondheid in Europa beschouwd. "De manieren om hieraan te werken zijn gekend. Wat we nodig hebben is de politieke wil om de samenleving voor dit thema te mobiliseren en om in elke lidstaat een systematisch programma te ontwikkelen".

Hieronder volgt een overzicht van de tien EAAP-strategieën. Telkens worden de vooropgestelde resultaten en acties vermeld. De WHO heeft in 1999 een bundeling gemaakt van de wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van de tien strategieën in het EAAP (Österberg & Simpura, 1999). Deze informatie, aangevuld met bevindingen uit verder onderzoek, wordt per strategie beknopt aangegeven. Ten slotte geven we een overzicht van de situatie en de invulling van de strategieën in Vlaanderen en België.

EAAP 2000-2005: ACTIE 1: INFORMATIE EN VORMING

Vooropgestelde resultaten

- de publieke opinie bewustmaken van de schade veroorzaakt door alcohol en de consequenties voor gezondheid en welzijn van individuen, gezinnen en gemeenschappen
- steun verwerven voor beleidsmaatregelen zoals in het EAAP aanbevolen
- kinderen en jongeren effectieve vaardigheden aanleren om gezonde keuzen te maken en het zelfvertrouwen versterken om te weerstaan aan de druk om te drinken

Acties

- informatie verschaffen over de schade die alcohol kan veroorzaken aan de gezondheid en het welzijn van individuen, gezinnen en gemeenschappen, door onderwijs en vorming en via de massamedia
- gebruik van de mediacampagnes om de steun van de publieke opinie te verwerven voor beleidsmaatregelen die de schade veroorzaakt door alcohol kan verminderen
- jongeren kansen geven om vaardigheden aan te leren door middel van geïntegreerde en globale programma's van gezondheidsopvoeding, met een engagement voor een veilige en gezondheidsbevorderende sociale en fysieke omgeving
- ervoor zorgen dat schoolprogramma's rond alcohol geïntegreerd zijn in het concept van de gezondheidsbevorderende school en in lokale preventieacties

Effectiviteit
Evaluatieonderzoek over de effectiviteit van educatieve programma's zijn methodologisch moeilijk op te zetten, zeker als men resultaten wil meten op het vlak van gedrag (misbruik manifesteert zich vele jaren na de educatieve programma's). De uitgevoerde evaluatiestudies geven tegenstrijdige resultaten weer. Indien positieve effecten worden bereikt, zijn ze slechts blijvend indien tegelijk andere initiatieven worden genomen in de ruime samenleving.
Zeer gerichte initiatieven naar specifieke risicogroepen tonen wel positieve resultaten.
De effecten van massamediale campagnes zijn eveneens beperkt op het vlak van gedragsverandering. Zij kunnen wel een positieve invloed hebben op het sociale klimaat rond alcohol en dit kan de aanvaardbaarheid van bepaalde overheidsmaatregelen, die de schade van alcoholmisbruik willen beperken, ten goede komen.

Op basis van onderzoek kan men toch een aantal belangrijke kenmerken van succesvolle programma's formuleren:
De voorkeur gaat uit naar een globale aanpak, gericht op verschillende ontstaansfactoren van alcoholmisbruik. De programma's moeten bij voorkeur gericht zijn op zowel kennis, attitude als vaardigheden én een persoonsgebonden en omgevingsgerichte component bevatten. Naast primaire preventie is vroeginterventie essentieel. Ten slotte mogen programma's niet beperkt worden tot het onderwijs, maar moeten ze in alle maatschappelijke sectoren worden geïmplementeerd.

Vlaanderen
Preventie van alcoholproblemen kent in Vlaanderen een zeer lange traditie, voornamelijk in het onderwijs. De derde week van november is sinds jaren de week van de alcohol, met onder andere lespakketten voor het onderwijs.
Ondertussen heeft zich een enorme evolutie voorgedaan:

- van afschrikwekkende benadering (waarschuwing tegen 'de drankduivel') naar innovatieve programma's met een positieve aanpak
- van eenmalige initiatieven ('de week van') naar geïntegreerde programma's van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en socialevaardigheidstrainingen
- van louter educatieve programma's op het niveau van jongeren en de school naar de uitwerking van een geïntegreerd drugbeleid (inclusief alcohol) op school, met aandacht voor regelgeving, educatie en interventie
- van louter werken in het onderwijs naar initiatieven in verschillende maatschappelijke sectoren (bedrijven, jeugdwerk, vrijetijdssector) met de klemtoon op coördinatie in een lokaal beleid ('Drink Wijs', 1990; Een lokaal alcohol- en drugbeleid, schakel jezelf in!, 1998)
- van algemene preventieve programma's voor algemene doelgroepen, naar meer gerichte initiatieven ('A cool world': een campagne voor 12-16-jarigen; een preventief programma voor kinderen van alcoholisten; antwoorden op maat via de DrugLijn)

EAAP 2000-2005: ACTIE 2: OPENBARE, PRIVATE EN WERKOMGEVING

Vooropgestelde resultaten

- verminderen van de problemen als gevolg van alcoholmisbruik op openbare plaatsen, vooral bij vrijetijdsbesteding en sportmanifestaties
- verminderen van het risico op schade als gevolg van alcoholmisbruik in gezinnen en verzekeren van een veilige thuisomgeving voor kinderen
- verminderen van de schade veroorzaakt door alcohol in de werkomgeving, voornamelijk ongevallen en geweld

Acties

- controle op de beschikbaarheid van alcohol bij belangrijke publieke manifestaties waar problemen als gevolg van alcohol kunnen ontstaan
- verbod op alcohol bij vrijetijds- en sportactiviteiten gericht op jongeren onder de 16 jaar en voorzien van een ruime keuze aan alternatieven in voedsel en niet-alcoholische dranken
- verzekeren van een toegankelijk en ruim geïmplementeerd aanbod van preventieprogramma's voor het gezin en een ruim hulpverleningsaanbod
- promoten van een alcoholbeleid op de werkvloer, gebaseerd op vorming, preventie, vroegtijdige identificatie en hulpverlening, geïntegreerd in een gezondheidsprogramma, en dit zowel in private als openbare ondernemingen

Effectiviteit

Evaluatie van deze contextuele regelgeving is vrijwel onbestaande. De negatieve ervaringen met de drooglegging in de Verenigde Staten hebben er in elk geval voor gezorgd dat geen enkel Europees land het alcoholgebruik in de samenleving wil verbieden. Alle maatregelen zijn gericht op 'harm reduction'. De effecten van deze maatregelen zijn bijzonder moeilijk te meten. Metingen beperken zich meestal tot de activiteitsgraad van de controlediensten.

Wat betreft de programma's op het werk tonen internationale studies een relatief succes van behandelingsprogramma's voor probleemdrinkers, waarbij de druk van werkbehoud een belangrijke motivatie is voor gedragsverandering. Uit onderzoek blijkt daarenboven dat het aanbod (beschikbaarheid en aanwezigheid van alcohol) en de alcoholcultuur (sociale druk om te drinken) op het werk, de sterkste werkgebonden predictoren zijn voor misbruik (naast stress op het werk).

Vlaanderen

Zowel op regelgevend vlak als op het vlak van preventie zijn er in België een aantal initiatieven:

Openbaar: Wet op openbare dronkenschap (14 november 1939): dronkenschap op een openbare plaats wordt bestraft, maar ook het onder invloed veroorzaken van chaos, schade, schandaal of gevaar voor zichzelf of anderen.

Deze wet is gericht op excessief drinken, waarbij veiligheid en overlast centraal staan (niet gezondheid).

Er bestaat geen algemene regelgeving over de beschikbaarheid van alcohol bij belangrijke publieke manifestaties (bijvoorbeeld risicomatchen bij voetbal). De lokale overheid kan desgewenst preventieve maatregelen uitvaardigen.

De controle op de wet op openbare dronkenschap is een taak van de politie. Hun optreden wordt vaak als niet effectief ervaren: een dronken persoon wordt opgepakt en nadien terug vrijgelaten. Doorverwijzing naar de hulpverlening is vrijwel onbestaande.

Op het vlak van preventie bevat het concept 'Een lokaal alcohol- en drugbeleid, schakel jezelf in!' een aantal bruikbare kapstokken (zie verder actie 8).

Privé: Het beschermen van de privésfeer voor de gevolgen van alcoholmisbruik is een onbekend terrein, er bestaat ook weinig onderzoek, noch internationale ervaring. Enkel in extreme gevallen van geweld, agressie, misbruik, ... wordt de politie erbij gehaald, wordt een arts geraadpleegd om een vaststelling te doen, gebeurt een opname in het ziekenhuis. Er zijn hierover geen specifieke gegevens bekend. Er rust een groot taboe op dit terrein.

Werk: Op basis van het Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming (ARAB, 1952!), artikel 99 is het verboden om gedistilleerde dranken met een alcoholvolume groter dan 6% mee te brengen in bedrijven en kantoren.

Sinds 1996 is een nieuwe welzijnswet in bedrijven in voege. Welzijn op het werk krijgt hierdoor meer aandacht binnen de diensten voor preventie en bescherming op het werk. Dit

perspectief creëert meer mogelijkheden voor het ontwikkelen van een alcoholbeleid op het werk.
Op het vlak van preventie lijken meer en meer (vooral grote) bedrijven in Vlaanderen gewonnen voor het ontwikkelen van een alcoholbeleid in hun bedrijf. Ze doen dit op eigen initiatief en kunnen rekenen op ondersteuning van het preventiewerk. De basiselementen van een beleid op het werk zijn:

- het ontwikkelen van procedures bij acuut en chronisch misbruik
- hulpverlening
- regelgeving inzake beschikbaarheid
- vorming en voorlichting

De focus ligt op het functioneren, informeren, vroeginterventie en opvang.

EAAP 2000-2005: ACTIE 3: ALCOHOL EN VERKEER

Vooropgestelde resultaten

- een substantiële vermindering van het aantal verkeersongevallen (met doden en gewonden) onder invloed van alcohol

Acties

- hoge graad van controle op de bestaande wetgeving met betrekking tot alcohol en verkeer verzekeren
- grote visibiliteit geven aan de alcoholcontroles op een at random basis
- herzien van het huidige niveau van bloedalcoholconcentratie (BAC) en de haalbaarheid onderzoeken van 0,5 promille of lager en 0,0 promille voor beginnende chauffeurs en beroepschauffeurs in de vervoerssector
- aanmoedigen van alternatieve vervoermiddelen voor chauffeurs die alcohol hebben gedronken
- mogelijkheden nagaan om verplichte cursussen te volgen of hulp te zoeken voor regelmatige overtreders van de alcohol-en-verkeerswetgeving

Effectiviteit

Er is weinig discussie omtrent het effect van alcohol op het rijgedrag. Onderzoek wijst duidelijk uit dat alcohol de reactietijd beduidend vertraagt en ook de vaardigheden beïnvloedt om een aantal technische handelingen te stellen.
0,0 promille is dé veilige grens; 0,5 promille is een compromis tussen veiligheid en aanvaardbaarheid bij de publieke opinie. We merken een daling van het promillegehalte in de meeste landen.
In sommige landen wordt met succes een gedifferentieerd beleid gevoerd, door bijvoorbeeld een lagere BAC op te leggen voor jongeren (bijvoorbeeld in Australië) omwille van hun beperkte rij- én drinkervaring. Uit onderzoek blijkt een beduidende daling van het aantal ongevallen.
In andere landen is er een lagere BAC voor beroepschauffeurs, omwille van het niet samengaan van alcohol en werk.

Uit onderzoek blijkt dat als de wetgeving correct wordt toegepast, met voldoende controles, er een positief effect is op het aantal ongevallen en de ernst van de ongevallen (doden en gekwetsten). Het is wel nodig om blijvende inspanningen te verrichten. Het meeste effect verkrijgt men bij een grote pakkans, een snelle bestraffing en strenge straffen (voornamelijk verlies van rijbewijs). Gevangenisstraf geeft geen sluitend bewijs van effectiviteit.
Globaal wordt een beleid rond alcohol en verkeer als zeer positief beoordeeld. Er is eensgezindheid over het belang van dit thema bij de publieke opinie, de alcoholproducenten

(verkeersongevallen en zeker slachtoffers geven een negatief imago) en de politiek. Veiligheid primeert.

Vlaanderen
Wetgeving:
Sinds 1994 is de 0,5 promillegrens van toepassing in België. Er is een differentiëring in straffen voorzien tussen 0,5 en 0,8 promille en > dan 0,8 promille. De discussie over 0,0 promille is in Vlaanderen in het voorjaar opgestart.

Controles:
Er zijn drie vormen van controle mogelijk: een ademtest met een ademtoestel; met een ademanalysetoestel en ten slotte de bloedproef.
Er zijn geen systematische, maar wel gerichte controles:
- bij betrokkenheid bij een ongeval
- regelmatige acties (bijvoorbeeld WODCA - provincie Antwerpen)
- intensieve campagnes tijdens de eindejaarsperiode

Cursussen Belgisch Instituut Voor de Verkeersveiligheid (BIVV)
Bij herhaalde overtredingen kan men in het kader van alternatieve straffen een verkeerscursus volgen (sinds 1996). Het gaat hier vooral om sensibiliserende cursussen, gericht op verkeersovertredingen en verkeersagressie. In de twee modules (telkens 20 uur) wordt alcohol en verkeer beperkt aangebracht. Ook het aantal doorverwijzingen vanuit de parketten is beperkt.

Bob-campagne
De Bob-campagne wordt jaarlijks hernomen tijdens de eindejaarsperiode. Met een positieve boodschap, Bob is de verantwoordelijke, alcoholvrije chauffeur (de niet-drinker als 'held'), wordt het rijden onder invloed aangepakt. De Bob-campagne kent een positieve evaluatie omwille van de jarenlange continuering (het beeld is goed gekend bij de bevolking).

Ook de beschikbaarheid van alternatieven, zoals taxicheques, de responsible young drivers, openbaar vervoer, zijn positieve voorbeelden van deze aanpak.

EAAP 2000-2005: ACTIE 4: BESCHIKBAARHEID VAN ALCOHOLISCHE DRANKEN

Resultaten
- voeren van een taxatiebeleid dat bijdraagt tot het verminderen van de schade als gevolg van alcohol
- verminderen van het alcoholgebruik beneden de minimumleeftijd, vooral gericht naar zeer jonge mensen

Acties
- ontwikkelen van een taxatiebeleid dat een reële hoge kostprijs van alcoholische dranken verzekert, gebaseerd op alcoholvolume (hogere taks voor groter alcoholvolume) en het beschikbaar stellen van niet-alcoholische dranken aan een verminderde prijs
- gebruiken van inkomsten van alcoholtaksen voor controleactiviteiten, evenals gezondheidsopvoeding, onderzoek naar een alcoholbeleid en ondersteuning van de gezondheidszorg op lokaal en nationaal niveau
- controle op de beschikbaarheid door het beperken of ten minste behouden van het aantal gelegenheden waar alcohol wordt geschonken, het beperken van het aantal vergunningen en van de uren of dagen waarop alcohol kan worden verkocht/gekocht
- controle op het gebruik van alcohol onder de minimumleeftijdsgrens en op de verkoop en consumptie van alcohol in openbare plaatsen/cafés

- ontwikkelen van instrumenten om smokkel van alcohol aan te pakken en verzekeren van de prijzenpolitiek en de inning van taksen

Effectiviteit
Heel wat onderzoek toont aan dat een beperking van het aanbod/beschikbaarheid (bijvoorbeeld beperkte openingstijden) en een hoge kostprijs (taxatie) een direct effect hebben op de consumptiecijfers bij de algemene bevolking en bij de probleemdrinkers.
Deze op zich effectieve maatregelen moeten evenwel kunnen rekenen op de steun van het grote publiek, zoniet ontstaan uitwassen zoals illegale markt, thuisproductie, smokkel, ...

We merken in Europa grote verschillen tussen de verschillende regio's: van een vrij gecontroleerde markt in de Scandinavische landen tot een meer vrije markt in de mediterrane en Oost-Europese landen. De controlemaatregelen zijn niet louter gericht op gezondheid en kwaliteitscontrole van het product, maar er spelen ook economische belangen (voorkomen van privéstokerijen) en beschermen van de inkomsten van de staat (taks).

Vlaanderen
Vergunningen
- vergunning voor verkoop van alcohol (kleinhandel) en serveren van alcohol (cafés, bars, restaurants, ...): openingstaks, jaarlijkse taks
- vergunning voor schenken van sterke dranken (> 22%) (december 1983): kostprijs tussen 12.000 en 40.000 Belgische frank (berekend op 25% van de huishuur op jaarbasis)
- beperking van verkoop op sommige plaatsen en bij sommige activiteiten: enkel voor sterke dranken: openbare weg, jongeren
- openings-/sluitingstijden: worden door de lokale overheid bepaald. Uitbaters kunnen mits betaling (per uur) langer openblijven

Minimumleeftijd
- consumeren van alcoholische dranken in een openbare plaats: vanaf 16 jaar
- sterke dranken: 18 jaar (ook gratis ter beschikking stellen is verboden)

Taxatie (KB 7 januari 1998)
- accijnzen op alcohol: afhankelijk van categorie en meeteenheden
- BTW: 21%

EAAP 2000-2005: ACTIE 5: RECLAME

Resultaten
- maatregelen nemen om kinderen en jongeren te beschermen tegen alcoholreclame en -promotie

Acties
- beperken van reclame tot productinformatie en beperken in geschreven media voor volwassenen, waar geen algemene beperking geldt
- ontwikkelen van een code voor reclame, die het verheerlijken van de effecten van alcohol en het gebruik van jongeren in de reclame verbiedt
- ontwikkelen van een code die aantrekkelijke promotie en reclame voor alcohol voor jongeren verbiedt
- verbod tot sponsoring van vrijetijdsactiviteiten voor jongeren door de alcoholindustrie
- beperkingen inbouwen in de sponsoring van sport door de alcoholindustrie
- strikte regulering uitwerken voor evenementen die tot doel hebben alcoholgebruik te promoten, zoals alcoholfestivals en bierwedstrijden

Effectiviteit
Reclame voor alcohol heeft een belangrijke invloed op de imagovorming van alcohol.
De reclame speelt met een zeer divers gamma aan producten in op een gedifferentieerde markt. Een eigen drank voor elke groep, voor elke leefstijl ('mannen weten waarom'; 'mijn thuis is waar ...'; op de verleidingstoer met Baileys, ...).
De industrie beweert dat reclame enkel tot doel heeft de concurrentie tussen soorten en merken, met andere woorden de plaats op de markt te behouden, te vergroten en niet aan te zetten tot (meer) gebruik. Uit onderzoek blijkt evenwel een beperkte maar toch een zekere impact van reclamebeperking.
Tevens blijkt uit onderzoek dat zowel reclamebeperking als de frequentie van blootstelling aan reclame een effect heeft op de alcoholconsumptie.

Vlaanderen
Er is geen algemene reclamebeperking voor alcohol in België.
Op basis van het Besluit van de Vlaamse regering van 25 januari 1995 wordt de alcoholreclame op de openbare radio en televisie beperkt. De beperkingen houden in:
- niet specifiek gericht op minderjarigen; alcoholdrinkende jongeren mogen niet worden getoond
- geen verband leggen tussen alcohol en betere fysieke prestaties of beter rijgedrag
- niet suggereren dat alcohol bijdraagt tot sociale of seksuele successen
- niet suggereren dat alcohol een therapeutisch of kalmerend effect heeft
- geen negatief beeld ophangen van onthouding of matig alcoholgebruik
- geen nadruk leggen op een hoog alcoholgehalte als positieve eigenschap

De alcoholindustrie hanteert vrijwillige codes (Arnoldus en het Forum voor gedistilleerde dranken). Klachten worden behandeld door de Jury voor Eerlijke Praktijken inzake reclame (JEP), wat evenwel een zelfdisciplinair orgaan is. In de vrijwillige codes worden min of meer dezelfde thema's als in het Besluit opgenomen, soms zijn ze uitgebreid naar andere contexten zoals werk, sport, zwangerschap en gezondheid, ... Op het vlak van sport wordt gesteld dat reclame voor bier niet de indruk mag wekken dat consumptie de sportprestaties positief zou beïnvloeden. De uitgebreide sponsoring van sportmanifestaties door vooral de biersector creëert nochtans een niet mis te verstaan beeld over sport en alcohol.
De Arnolduscode legt vast dat elke reclame moet worden voorzien van de boodschap: 'Bier met liefde gebrouwen, drink je met verstand'.

EAAP 2000-2005: ACTIE 6: HULPVERLENING

Resultaten
- toegankelijke en effectieve hulpverlening voorzien voor mensen met een problematisch en schadelijk alcoholgebruik (en hun familie)

Acties
- uitbouwen van een globaal hulpverleningsaanbod dat toegankelijk is, effectief, flexibel en betaalbaar, gebaseerd op een nodenonderzoek
- voorzien in een gecoördineerde aanpak die sociale diensten, justitie, zelfhulpgroepen en andere gezondheidsdiensten hierbij betrekt
- verzekeren dat de hulpverlening 'evidence based' is, effectief en flexibel genoeg om te antwoorden op ontwikkelingen in de wetenschappelijke kennis en technologie binnen de hulpverlening
- verzekeren dat hulpverleningsdiensten een aanbod hebben voor alle aspecten van de problematiek, zoals detox, assessment, aangepaste hulpprogramma's, hervalpreventie en nazorg

- voorzien van opleiding voor eerstelijnswerkers in de identificatie van en minimale interventie bij problematisch of schadelijk alcoholgebruik
- voorzien van voldoende financiële middelen en contractuele strategieën om een ruim verspreid, toegankelijk en betaalbaar hulpverleningsaanbod op de eerste lijn te garanderen
- voorzien in hulpverlenende alternatieven voor gevangenisstraf bij mensen met een chronisch alcoholprobleem

Effectiviteit
De voorbije jaren is vooral onderzoek gebeurd naar de effectiviteit en efficiëntie van 'brief' en 'early' interventies in de eerstelijnszorg. Deze methodiek, die zowel excessief drinken als vroege stadia van probleemdrinken aanpakt, blijkt vooral succesvol te zijn bij mannen (en minder bij vrouwen). De laagdrempeligheid van de eerste lijn (twee derde van de algemene bevolking bezoekt ten minste eenmaal per jaar zijn of haar huisarts) speelt hierin een belangrijke rol.
Algemeen is het belangrijk dat er diverse hulpverleningsvormen voorhanden zijn, die op een vlotte manier samenwerken en doorverwijzen. Voorzieningen moeten daarenboven gemakkelijk toegankelijk zijn en aanvaardbaar binnen de gemeenschap/samenleving.

Vlaanderen
Er is in Vlaanderen een ruim en gedifferentieerd hulpverleningsaanbod voor mensen met alcoholproblemen. Deze problemen kunnen echter zo verschillend zijn in aard, duur en ernst dat in de hulpverlening het besef groeit dat 'de' alcoholist niet bestaat en dat het hulpverleningsaanbod dan ook moet uitgaan van de specifieke hulpvraag en zorgbehoefte van de cliënt en zijn omgeving. Tot nu toe werd het aanbod nog te 'voorzieningsgericht' en te gestandaardiseerd aangeboden.

Er is volop sprake van de ontwikkeling van zorgcircuits. Zowel bij de overheid als het werkveld groeit de overtuiging dat dit concept en deze organisatie van het aanbod garanties biedt voor meer zorg op maat, meer zorgcontinuïteit en een betere afstemming van de zorg.
Om het aanbod af te stellen op de (steeds) wisselende zorgvraag is echter een gedegen analyse (kwantitatief en kwalitatief) van de zorgvragen van (potentiële) cliënten noodzakelijk. Het loont dan ook de moeite hierover verder wetenschappelijk onderzoek te doen.
Willen wij een kwaliteitsvolle hulpverlening aanbieden dan is het eveneens noodzakelijk dat de brede waaier van interventies op een wetenschappelijke manier getoetst wordt op haar 'evidence based medicine'-gehalte. We moeten ons durven afvragen of onze interventies leiden tot de gewenste resultaten en of de maatschappelijke kosten ervan verantwoord zijn.
Het procesmatige karakter van alcoholproblemen vraagt een gepast zorgaanbod waarbij de interventies afwisselend en/of gelijktijdig gericht zijn op 'cure' of 'care'. Onze aandacht mag daarbij niet alleen uitgaan naar de behandeling zelf; vroegdetectie, vroeginterventie en interventies gericht op rehabilitatie dienen evenzeer goed uitgebouwd te worden. Daarbij moet de verslavingszorg afstemming zoeken met andere sectoren zoals de algemene gezondheidszorg, welzijn, justitie en jeugdzorg, om er enkele te noemen.

<u>Opleiding</u>
Alcohol komt slechts zeer beperkt aan bod in de initiële opleiding van werkers in de verslavingszorg.
In Vlaanderen werden een aantal vormingsinitiatieven genomen om de kwaliteit van de hulpverlening te vergroten (WVVH, VHI, VAD & VVBV).

EAAP 2000-2005: ACTIE 7: VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE SECTOR

Resultaten

- vermindering van het aantal problemen als gevolg van alcoholmisbruik op plaatsen waar alcohol wordt gedronken
- verminderen van het aantal mensen dat dronken een drankgelegenheid verlaat en nadien betrokken raakt bij onlusten, geweld en auto-ongevallen
- implementatie van noodzakelijke maatregelen om de toegang van jongeren tot alcohol te beperken

Acties

- uitvoeren van onderzoek naar de impact van het beleid van de alcoholindustrie op sociaal en economisch vlak en op het vlak van de gezondheidszorg, om de verantwoordelijkheid van de sector te kunnen vastleggen
- uitbreiden van het concept van productaansprakelijkheid, zodat degenen die alcohol op een onverantwoorde manier promoten, hieronder vallen
- verzekeren dat wetgeving met betrekking tot inhoud, verpakking en marketing van alcohol, gebaseerd is op veilige maatstaven, valse beloftes verbieden en relevante waarschuwingen voorzien (bijvoorbeeld onder de vorm van het bepalen van een 'eenheid' alcohol)
- trainingsprogramma's aanbieden waarin de bewustwording van de persoonlijke, ethische en wettelijke verantwoordelijkheid van diegenen die alcohol serveren, wordt aangebracht
- wetgeving voorzien zodat diegenen die op een onverantwoorde manier alcohol schenken verantwoordelijk worden gesteld, door persoonlijke aansprakelijkheid, intrekken van vergunning of andere mechanismen die de overheid wenselijk vindt
- erop toezien dat de best mogelijke technologie wordt gebruikt om hoge kwaliteit van het product te verzekeren met de laagste alcoholconcentratie aan de laagste prijs
- strikte toepassing van de bestaande wetgeving met betrekking tot vergunningen en dronkenschap, verplichte training en strenge voorwaarden voor uitbaters, waarin onverantwoorde handelspraktijken worden verboden

Effectiviteit

Sommige landen dringen aan op regelgeving om een verplichte waarschuwing op het etiket of de verpakking van alcoholische dranken aan te brengen. Er is evenwel geen wetenschappelijke evidentie dat dit een invloed heeft op de perceptie van het risico. Er zijn beperkte aanwijzingen dat dit effect heeft op het gedrag van de consument.

Vooral veranderingen in serveer- en verkoopspraktijk, samen met training van uitbaters, hebben positieve effecten op het verminderen van het aantal mensen onder invloed en meer specifiek op het verminderen van het aantal ongevallen onder invloed. De verantwoordelijkheid van de serveerders/uitbaters is in een aantal landen ingevoerd. Dit kan een preventief effect hebben indien voldoende energie wordt gestoken in controle en toepassing van de wet.

Naast agressieve reclame zien we voor alcopops en breezers ook misleidende productinformatie:

- misleidende verpakking: aantrekkelijk (ook naamgeving: Silver Lion, Two Dogs, Blitz, ...) en onschuldig (vaak gelijkenis met softdrinks)

- plaats van het aanbod in de winkel: volgens de wet: plaats bij alcoholische dranken; realiteit: vaak in promotieaanbieding, in een aparte stand. In kleine winkels (in de buurt van de school) staan alle dranken bij elkaar.
- Nederlands onderzoek door de stichting alcoholpreventie toonde recent nog aan dat 28% van de supermarkten de alcopops bij de frisdranken plaatst. In de typische vakantiecentra (campings) liep dit op tot 69%. In kleinere winkels, zoals stationswinkels, vond men alle alcopops bij de gewone limonade. In Vlaanderen is geen onderzoek bekend, maar deze vaststellingen vragen in de eerste plaats om controle van de bestaande wetgeving.

Vlaanderen

Verantwoordelijkheid uitbaters

Wet van 14 november 1939 met betrekking tot controle op dronkenschap
- verbod om alcohol te schenken aan iemand die in kennelijke staat van dronkenschap verkeert (geldboete en/of gevangenisstraf)
- verbod om alcohol te schenken aan jongeren onder de 16 jaar (straf idem)
- als iemand een persoon bewust dronken voert en dit leidt tot permanente schade (bijvoorbeeld werkonbekwaamheid) of is de oorzaak van een ongeval, dan kan de straf oplopen van 5 tot 10 jaar gevangenisstraf

Etikettering
- KB van 2 december 1986: verbod om voedingsmiddelen op de markt te brengen zonder vermelding van het alcoholvolume voor dranken met alcoholinhoud van 1,2 %
- geen gezondheidswaarschuwing

Daarnaast vermelden we de inspanningen van de sector in verband met preventie: de Arnoldusgroep sponsort reeds jaren de Bob-campagne en financiert onderzoek naar de maatschappelijke kost van alcohol. Het Forum voor gedistilleerde dranken promoot een preventieprogramma in het onderwijs.

EAAP 2000-2005: ACTIE 8: LEREN OMGAAN MET SCHADE ALS GEVOLG VAN ALCOHOL

Resultaten
- verhoogde actie op lokaal vlak, gericht op het verminderen van problemen als gevolg van alcohol (zoals bijvoorbeeld verkeersongevallen als gevolg van alcoholgebruik en verkoop aan jongeren onder de minimumleeftijd) door een meer verantwoord alcoholbeleid en meer lokale wetgeving
- het bewustzijn vergroten en de vaardigheden verbeteren van de overheidssectoren die een impact kunnen hebben op een effectief alcoholbeleid

Acties
- voorzien van opleiding en bijscholing over een alcoholbeleid voor professionelen in sectoren zoals onderwijs, welzijn, justitie, zodat een multisectorale aanpak wordt gegarandeerd
- ondersteunen van acties op gemeenschapsniveau, die mensen mobiliseren om alcoholproblemen preventief aan te pakken
- ontwikkelen van minimaal één gecoördineerd en haalbaar pilootproject (voorbeeldproject) met als doel de preventie van alcoholproblemen
- verzekeren dat een lokaal (gemeentelijk) alcoholbeleid wordt ontwikkeld en geïmplementeerd in alle 'healthy cities'-projecten van de WHO

Effectiviteit

Traditioneel evaluatieonderzoek naar effecten van gemeenschapsacties is moeilijk. Toch vinden we in de literatuur aanwijzingen dat deze aanpak effectief is. In een lokaal beleid

wordt meestal een combinatie van modellen en interventies uitgewerkt op verschillende vlakken. Hierdoor speelt ook het herhalingsprincipe. Internationaal onderzoek wijst op een significante vermindering van alcoholgebruik, alcoholgerelateerd geweld, minder opnames in ziekenhuizen als gevolg van alcoholmisbruik en minder rijden onder invloed.

Vlaanderen
Reeds meer dan tien jaar geleden introduceerde de VAD in samenwerking met de preventiewerkers verbonden aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg het concept 'drink wijs', om een lokaal preventiebeleid met betrekking tot alcohol te introduceren. Uit deze ervaringen merken we dat alcohol, in vergelijking met illegale drugs, een zeer gevoelig thema is en botst op een aantal weerstanden:
- de alcoholsector vormt een belangrijke lobby in de samenleving
- de gangbare opvatting dat alcoholproblemen behoren tot de privé-sfeer
- gebrek aan maatschappelijke consensus, dus ook bij beleidsverantwoordelijken

De keuze van het preventiewerk voor de promotie van een alcohol- én drugbeleid is een pragmatische keuze om een globaal beleid te ontwikkelen gericht op alle middelen, naar jongeren én volwassenen en in alle maatschappelijke sectoren. Een lokaal beleid dat dicht bij en samen met de lokale gemeenschap wordt uitgetekend.

EAAP 2000-2005: ACTIE 9: ROL VAN NIET-GOEVERNEMENTELE ORGANISATIES (NGO'S) EN ZELFHULPGROEPEN

Resultaten
- ondersteunen van NGO's en zelfhulpgroepen die initiatieven nemen om alcoholproblemen te voorkomen of te beperken

Acties
- ondersteunen van NGO's en netwerken die ervaring en deskundigheid hebben in het bepleiten van een alcoholbeleid op internationaal en landelijk niveau
- ondersteunen van organisaties en netwerken die aan belangenverdediging doen voor verenigingen van hulpverleners, consumentenorganisaties, ...
- ondersteunen van NGO's en netwerken die een specifieke rol spelen in het informeren en mobiliseren van de publieke opinie over alcoholproblemen, die lobbyen voor veranderingen in het beleid, die de effectieve toepassing van het beleid opvolgen en die schadelijke activiteiten van de alcoholindustrie aan het licht brengen

Effectiviteit
NGO's kunnen het maatschappelijk debat over alcohol stimuleren, ze kunnen druk uitoefenen op het beleid om een wetgevend kader te realiseren en de controle op de toepassing op te voeren.
De rol van NGO's in het publieke debat is belangrijk, zowel van de matigingsbewegingen (voornamelijk in Scandinavische landen actief), als van groepen zoals ouders van verongelukte kinderen, zelfhulpgroepen, ...
Internationaal stellen we een evolutie vast van vrijwilligersorganisaties naar professionele organisaties. Zij zijn vaak informatiecentra, begeleiden preventieve programma's, geven training, ...

Een mooi voorbeeld van het belang van het publieke debat is de invoering van een reclamebeperking voor alcohol op radio en televisie in Frankrijk in 1991 (wet Evin). Uit evaluatie blijkt dat het publieke debat, dat deze wet heeft doen oplaaien, meer effect heeft gehad dan de reclamebeperking op zich.

Vlaanderen
Vrijwilligersorganisaties waren de laatste tientallen jaren vooral actief op het vlak van preventie in het onderwijs. Op dit ogenblik zijn ze nog nauwelijks actief, mede omwille van de grote professionalisering van preventie.

VAD is de koepelorganisatie voor alcohol- en andere drugproblemen. VAD werd opgericht in 1982, maar kende reeds een veel langere traditie als landelijke organisatie. VAD werkt met een convenant met de Vlaamse overheid. VAD formuleert pleitbezorging als één van haar kernfuncties. Hieronder verstaan we 'het behartigen van de alcohol- en drugthematiek onder andere door het bevorderen van de maatschappelijke erkenning van de problematiek, door objectieve beeldvorming'.

Zelfhulpgroepen zijn actief op het vlak van hulpverlening en nazorg, soms ook preventief (bijvoorbeeld werken met kinderen). AA, Al-Anon en Al-Ateen zijn de bekendste, daarnaast zijn er verschillende andere zelfhulpgroepen actief in Vlaanderen.

EAAP 2000-2005: ACTIE 10: ONTWIKKELING, IMPLEMENTATIE EN MONITORING VAN HET BELEID

Resultaten
- een globaal en breed alcoholbeleid
- een systeem waarin de consumptie van alcohol wordt gerapporteerd en de monitoring en evaluatie van het beleid en van de schade die door alcohol kan worden veroorzaakt

Acties
- ontwikkelen van een landelijk programma waarin een actieplan met betrekking tot alcohol wordt ontwikkeld met duidelijke doelstellingen
- installeren van een orgaan dat het landelijke programma coördineert, voorzien van voldoende subsidies om deze opdracht te realiseren, met een specifieke agenda die de implementatie en de monitoring van de landelijke actieplannen garandeert
- installeren van een effectief kader om de alcoholconsumptie te monitoren en te evalueren en de indicatoren over de schade veroorzaakt door alcohol en het controlebeleid te verzamelen

Effectiviteit
Uit de evaluatie van de verschillende actiepunten van het EAAP blijkt duidelijk dat een globaal beleid meer effecten oplevert dan versnipperde en verspreide initiatieven.
In een WHO-rapport (Rehn, 2001) over het alcoholbeleid in Europa hebben vier landen van de Europese Unie (EU) geen Nationaal Alcohol Actie Plan: Oostenrijk, Luxemburg, Spanje en België (Griekenland en het Verenigd Koninkrijk hebben de 'profiles' niet ingevuld). Alle andere EU-landen hebben dit wel.

Monitoring is het sleutelwoord in de beleidsvoering, ook voor alcohol. Onder impuls van de WHO worden verschillende initiatieven genomen om indicatoren te definiëren die het mogelijk maken om een min of meer vergelijkbaar beeld te krijgen van de alcoholproblematiek en van het gevoerde beleid in de verschillende lidstaten. Op die manier moet het in de toekomst mogelijk worden een evolutie en evaluatie van het gevoerde beleid te maken.

België
We hebben in België te maken met versnipperde bevoegdheden op het vlak van alcohol:
- federaal (wetgeving, controle, economische zaken, financiën, gezondheidsvoorzieningen)
- Vlaams (preventie en lokaal beleid, mediabeleid (reclame))

BESLUIT

Uit het voorgaande blijkt dat we heel wat aspecten van een beleidsplan hebben ingevoerd via diverse activiteiten, wetten, voorzieningen, ... Niemand heeft evenwel nog het overzicht en bij gebrek aan duidelijkheid kan het beoogde beleid vaak niet effectief worden geïmplementeerd.
Op het vlak van gegevensverzameling kunnen we in België beroep doen op een aantal statistieken: verkeersongevallen (Nationaal Instituut voor de Statistiek), mortaliteitscijfers, economische aspecten, gerechtelijke gegevens, criminaliteitscijfers.
Via de Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM) beschikken we over gegevens over de cliënten in de gespecialiseerde hulpverlening. Op het vlak van bevolkingsstudies beschikken we vooral over onderzoeken bij jongeren in het secundair onderwijs. De gegevens over de situatie bij de algemene bevolking zijn beperkt.

Wat tot slot ontbreekt in België en Vlaanderen zijn duidelijke doelstellingen van een alcoholbeleid met effectindicatoren die aangeven of het beleid effectief in de goede richting evolueert. Evaluatie van de genomen initiatieven is beperkt als gevolg van de afwezigheid van financiële middelen voor onderzoek.
Daarenboven is er dringend nood aan een betere afstemming van de bestaande wetten en maatregelen. Er is nood aan transparantie. Op basis van een grondige analyse van de bestaande regelgeving kan een evaluatie worden gemaakt van wat nodig en wenselijk is, wat moet behouden blijven, wat eventueel kan worden afgeschaft of herzien en welke aanvullende maatregelen nodig zijn. Wetgevende maatregelen zijn evenwel waardeloos als er geen controle wordt voorzien op de wetgeving. Voorafgaandelijk is het van belang om een goede communicatie te voeren naar het grote publiek over de bestaande wetgeving.
Preventie van alcoholmisbruik blijft de eerste pijler van een effectief alcoholbeleid. 'Voorkomen is beter dan genezen' geldt ook voor deze problematiek. De reeds opgestarte initiatieven moeten worden verder gezet en geïntensifieerd, zodat niet enkel de illegale drugproblematiek, maar ook de alcoholproblematiek op de aandacht kan rekenen van de intermediairen in de maatschappelijke sectoren. De lokale organisatie en lokale coördinatie geniet hierbij de voorkeur.
Ook op het vlak van de hulpverlening moeten de bestaande initiatieven worden verder gezet. Opleiding voor hulpverleners is een sleutelwoord om de kwaliteit van de hulpverlening te bestendigen en te verbeteren. Hiervoor moeten inspanningen worden geleverd in de basisopleidingen, alsook in een navormingsaanbod voor hulpverleners in de verslavingszorg.
Van de overheid wordt, naast aandacht voor de illegaledrugproblematiek, expliciete aandacht gevraagd voor alcoholproblemen. Deze problematiek mag niet verwateren in een beknopte paragraaf van de Drugnota, maar moet bij voorkeur expliciet worden aangepakt binnen een Nationaal Alcohol Actie Plan.

REFERENTIES

Österberg, E., Simpura, J. (1999) Charter strategies evidence. The scientific evidence for the ten strategies in the European Charter on Alcohol, WHO, Regional Office for Europe.

Rehn, N. (2001) Alcohol Policy Profiles in the European Region of the World Health Organisation.

WHO (2000) European Alcohol Action Plan, WHO, Regional Office for Europe.

3. BEREKEND EN BECIJFERD: BELGEN EN ALCOHOL

Else De Donder
Stafmedewerker studie en onderzoek
VAD

In deze bijdrage schetsen we het belang van alcohol in België met behulp van recent cijfermateriaal. Administratieve statistieken en enquêtegegevens geven een beeld van de beschikbaarheid van alcohol. Om het alcoholgebruik in de bevolking te duiden kijken we naar cijfers van World Drink Trends en de gezondheidsenquête. De leerlingenbevraging van VAD en de scholenbevraging van de Dienst Wetenschappelijk Onderzoek van De Sleutel zeggen iets meer over het alcoholgebruik van jongeren in het secundair onderwijs. In welke mate het specifieke patroon van 'binge drinking' zich voordoet, weten we uit een bevraging bij huisartspatiënten en bij jongeren. Wanneer alcoholgebruik problematisch wordt, kunnen we afleiden uit hulpverleningsgegevens en een onderzoek bij eerstejaarsstudenten. Ook de gegevens van de verkeersongevallen waarbij bestuurders onder invloed zijn van alcohol, zijn hiervan een indicator.

BESCHIKBAARHEID VAN ALCOHOL

Alcohol is in ons land het meest gebruikte genotmiddel. Zowel door jongeren als door volwassenen wordt alcohol het meest gebruikt. Internationaal staat België vooral bekend als bierland. Als we de productiestatistieken van alcohol bekijken, blijkt dit alvast (tabel 1). België produceert vooral bier (1.5 miljard liter in 2000).

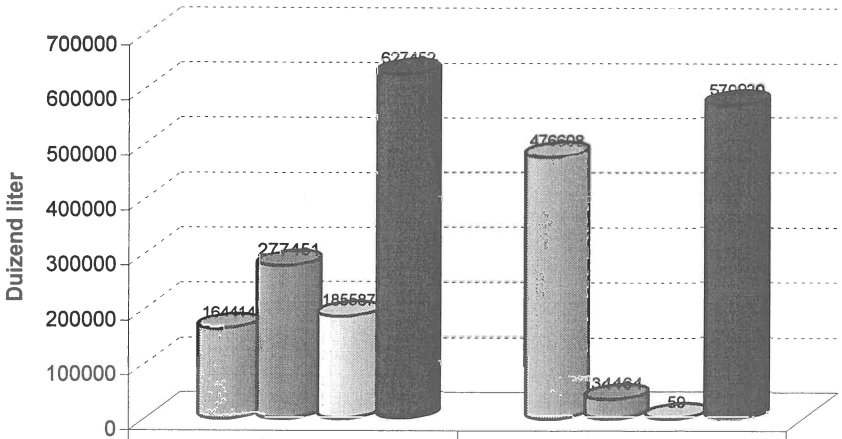
Tabel 1: productie van alcohol in België

	1999
Bier	14.575.301 hl
Wijn	14.973.900 l
Sterke drank	6.943.564 l

Bron: Belgische Brouwers, Nationaal Instituut voor de Statistiek, ministerie van Financiën

Uit de statistieken van het Instituut voor Nationale Rekeningen (INR) blijkt dat ongeveer een derde van de bierproductie bestemd is voor de uitvoer. België voert dan ook vooral bier uit, terwijl wijn en sterke drank vooral worden ingevoerd (grafiek 1).
De export van bier gebeurt vooral naar Europese landen (Frankrijk, Nederland, Duitsland, Verenigd Koninkrijk en Italië) (Belgische Brouwers (CBB)). In het buitenland zijn Belgische Pils en Abdijbier het meest in trek.

Grafiek 1: in- en uitvoer van alcohol in België - 1999 (INR)



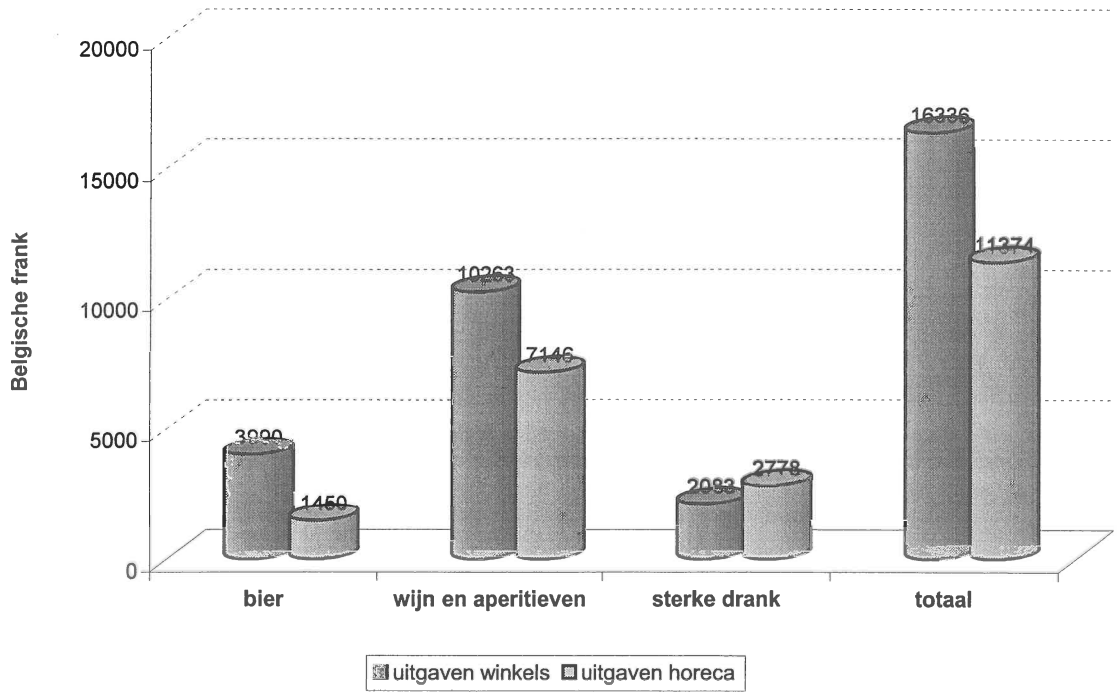
	Invoer	Uitvoer
Bier	164414	476608
Wijn	277451	34464
Sterke drank	185587	59
Totaal	627452	570920

Deze bedrijvigheid bracht de Belgische staat in 1999 21.3 miljard Belgische frank op aan accijnzen (ministerie van Financiën, 1999). Daarnaast werd 734.5 miljoen geïnd aan openingsbelasting en vergunningsrecht. Alles bij elkaar verdiende België in 1999 zo'n 22 miljard aan de alcoholindustrie.

We moeten bij dit soort statistieken echter opmerken dat ze zeer inconsistent zijn. De cijfers van bijvoorbeeld het NIS, de CBB, Douane en Accijnzen en het INR zijn zeer verschillend.

Naast de administratieve cijfers over de productie en de in- en uitvoer van alcohol kunnen we uit enquêtegegevens afleiden hoeveel geld we aan alcoholische dranken uitgeven. De huishoudbudgetenquête van het NIS peilt naar hoeveel van het gezinsbudget aan alcoholische dranken besteed wordt. In 1999 gaven Belgische gezinnen gemiddeld 16.336 Belgische frank uit aan alcoholische dranken (grafiek 2). In 1999 werd 10.263 Belgische frank besteed aan wijn en aperitieven, 3.990 Belgische frank aan bier en 2.083 Belgische frank aan wijnen. Deze cijfers geven de bestedingen in winkels aan. 9.4% van het budget dat besteed wordt aan voedingsmiddelen, dranken en tabak, gaat naar alcoholische dranken.

Grafiek 2: uitgaven aan alcohol per huishouden - 1999 (NIS)



Daarnaast bezoeken Belgen ook cafés en restaurants. In de horeca gaf de Belg in 1999 11.374 Belgische frank uit aan alcohol (1.450 Belgische frank aan sterke drank, 7.146 aan wijnen en aperitieven en 2.778 aan bier) (Cattaert & Pacolet, 2001)[1] (grafiek 2). In totaal spendeerde een huishouden in 1999 dus gemiddeld 27.710 Belgische frank aan alcohol. Vermenigvuldigd met het aantal huishoudens[2] zou in 1999 ongeveer 111 miljard uitgegeven zijn aan alcohol. Volgens cijfers van het INR zou in 1997 136 miljard besteed zijn aan alcohol in winkels en horeca samen.

Voor uitgaven in de horeca heeft men in België de keuze uit 25.414 cafés, 22.468 restaurants en 1.767 hotels (tabel 2).

Tabel 2: horeca-uitbatingen – 1999 (België)

Hotels	1.767
Restaurants	22.468
Cafés	25.414

Bron: CBB

[1] Daarbij wordt uitgegaan van de veronderstelling dat het bedrag dat in de horeca aan alcohol besteed wordt 69.63% is van de uitgaven aan alcohol in winkels.
[2] In 1997 waren er volgens het NIS 4.027.755 huishoudens in België.

GEBRUIK VAN ALCOHOL

Alcoholgebruik bevolking

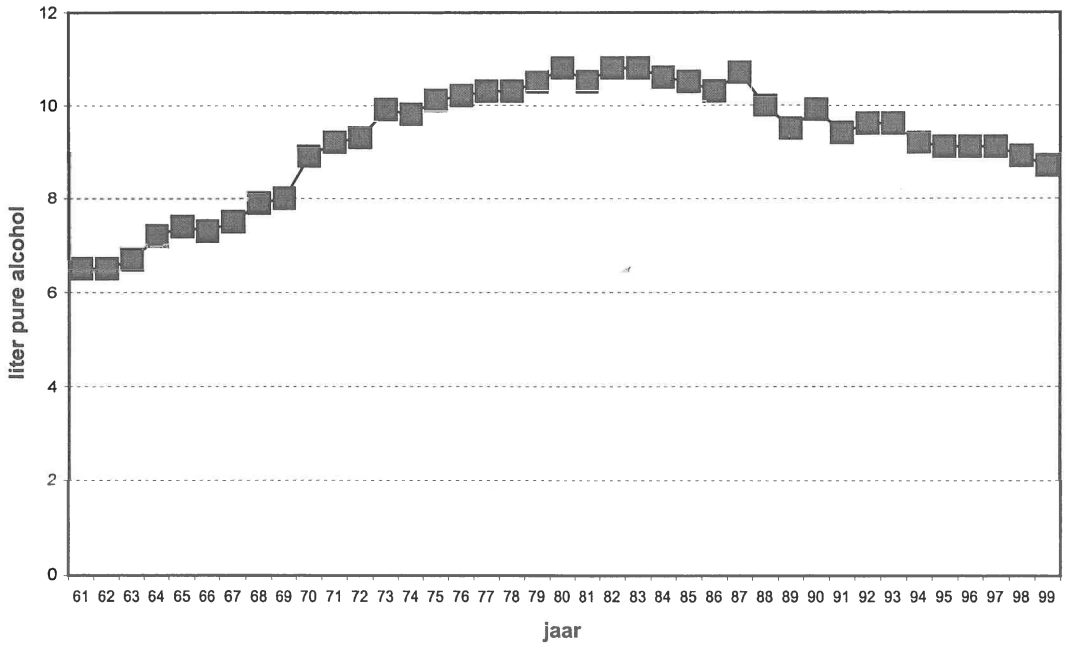
De consumptie van alcohol is in België gestegen vanaf de jaren zestig (grafiek 3). In 1980 wordt een piek bereikt (1961-1980: +66.2%) (Productschap voor gedistilleerde dranken, 2000). Vanaf dan daalt de alcoholconsumptie geleidelijk. In 1999 wordt opnieuw het consumptieniveau van 1970 bereikt (1980-1999: -19.4%).

In België daalde het gemiddeld alcoholgebruik van 9.9 liter in 1990 naar 8.7 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking in 1999. België staat hiermee veertiende op de wereldranglijst.

Het gemiddeld alcoholgebruik per hoofd van de bevolking kan ook bekeken worden binnen de bevolking ouder dan 15 jaar (de drinkende bevolking). Dan bedraagt het gemiddeld verbruik van pure alcohol in 1999 11.1 liter (Cattaert & Pacolet, 2001).

Dit gemiddeld alcoholgebruik zegt niets over drinkpatronen (bijvoorbeeld 'Wie drinkt?' of 'Hoeveel wordt gedronken?'). Dit cijfer houdt bijvoorbeeld geen rekening met het aantal geheelonthouders. Wanneer twee landen eenzelfde gemiddelde consumptie per capita vertonen, maar het ene land veel meer geheelonthouders kent, dan kan men besluiten dat er een verschil bestaat in drinkpatroon (het ene land zal waarschijnlijk meer zware drinkers kennen dan het andere).

Grafiek 3: alcoholconsumptie in België (World Drink Trends)



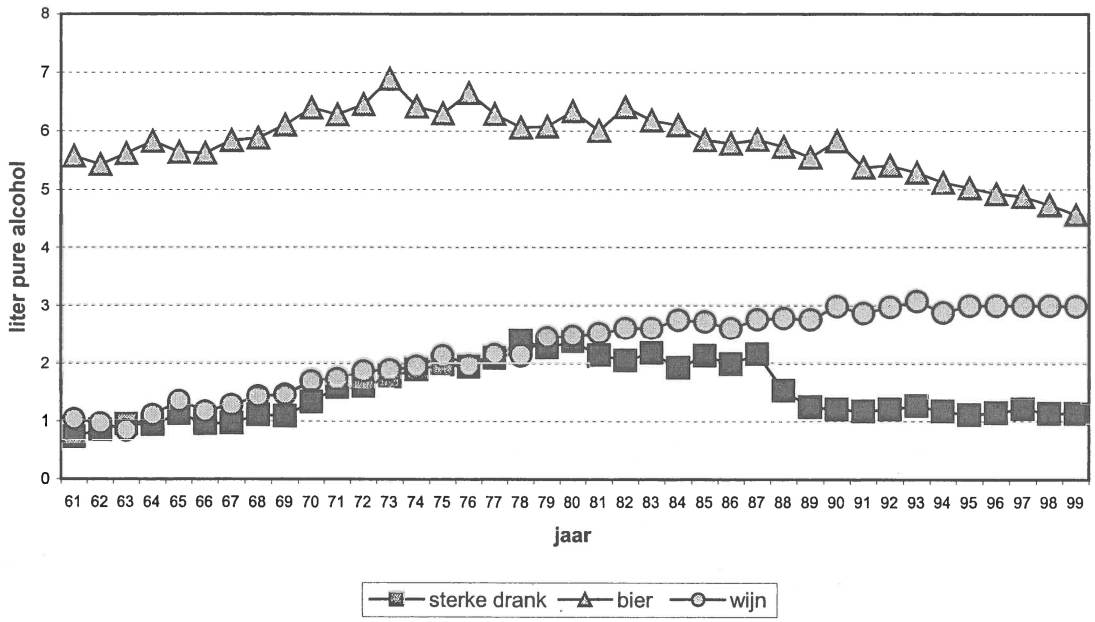
De initiële stijging in alcoholconsumptie was vooral te wijten aan een bijzonder sterke toename van de consumptie van wijn en gedistilleerde dranken (grafiek 4). Vanaf 1980 is er een scherpe daling van het gebruik van sterke dranken. Deze plotse verandering had te maken met een scherpe verhoging van de taksen op sterke drank (van 30.500 Belgische frank in 1976 naar 42.500 Belgische frank in 1980 per hl pure alcohol: +39%).

Voor wijn zien we over de jaren heen echter een continue stijging in de consumptie die zich de laatste jaren stabiliseerde.

De bierconsumptie bleef jaren stabiel, maar recent stelt men vast dat ook het bierverbruik geleidelijk vemindert.

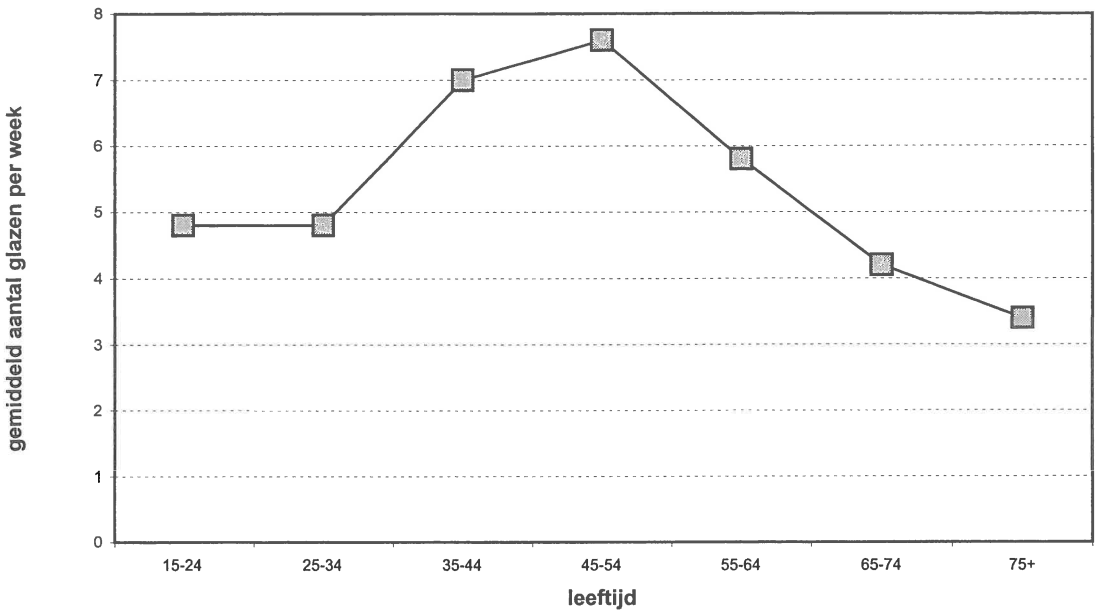
Het wijnverbruik blijft al een aantal jaren constant op ongeveer 25 liter per jaar per hoofd van de bevolking. In 1999 dronken de Belgen gemiddeld 1.13 liter sterke drank (uitgedrukt in pure alcohol) en 94.5 liter bier. België behoort dan ook tot de meest bierverbruikende landen en staat momenteel achtste op wereldvlak.

Grafiek 4: consumptie van bier, wijn en sterke drank in België
(World Drink Trends)



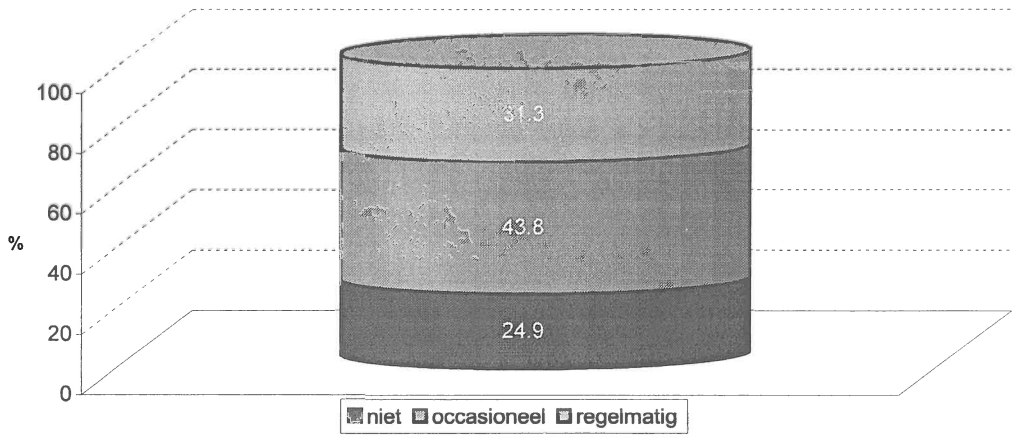
Alcoholgebruik volwassenen
Via de gezondheidsenquête krijgen we voor het jaar 1997 een goed beeld van het alcoholverbruik van de Belgische bevolking (Bietlot et al., 2000). De resultaten van de nationale gezondheidsenquête geven aan dat 84.9% van de bevolking het afgelopen jaar alcohol dronk. 15% dronk het afgelopen jaar geen alcohol (21% van de vrouwen en 10% van de mannen).
8% van de Belgische bevolking drinkt dagelijks alcohol. Dit percentage is hoger bij mannen (11%) dan bij vrouwen (5%) en stijgt met de leeftijd. Gemiddeld worden er 5.8 glazen alcohol per week gedronken (Bietlot et al., 2000) (grafiek 5).

Grafiek 5: aantal glazen alcohol per week - volwassenen
(Gezondheidsenquête, 1997)



Alcoholgebruik jongeren
75.1% van de leerlingen in het secundair onderwijs dronk het afgelopen jaar alcohol (Kinable, 2001). Deze cijfers zijn afkomstig van de 'leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school' van het schooljaar 2000-2001. Een kwart van de jongeren (24.9%) dronk het afgelopen jaar echter helemaal geen alcohol (grafiek 6). 43.8% dronk minder dan één maal tot meerdere malen per maand (occasioneel) alcohol en 31.3% minstens één maal per week (regelmatig).

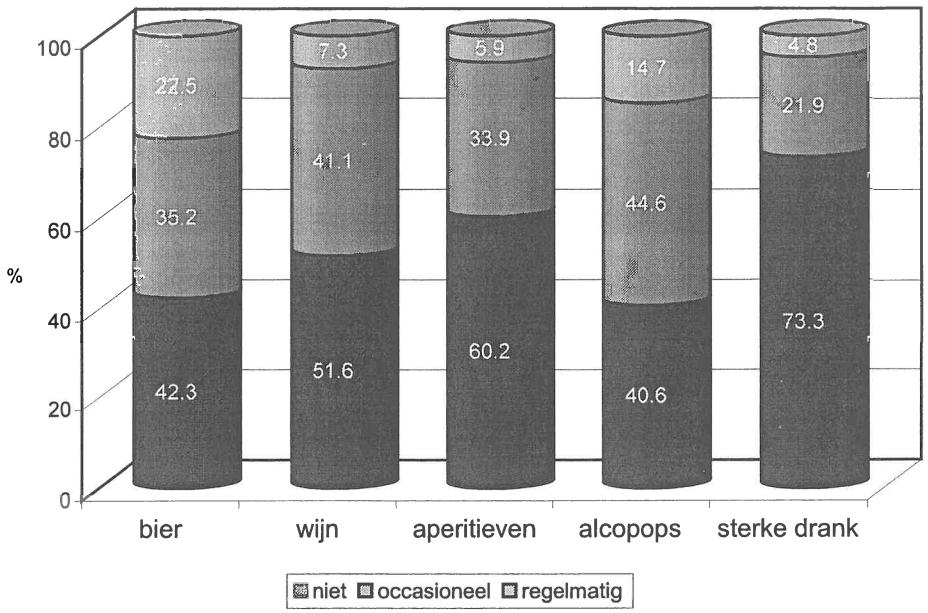
Grafiek 6: frequentie van alcoholgebruik afgelopen jaar - jongeren
(Kinable, 2001)



We zien dat bier frequenter wordt gedronken dan de andere dranken: 22.5% van de leerlingen dronk het jaar voor de bevraging minstens één maal per week bier (grafiek 7). Voor alcopops[3] was dit 14.5%.

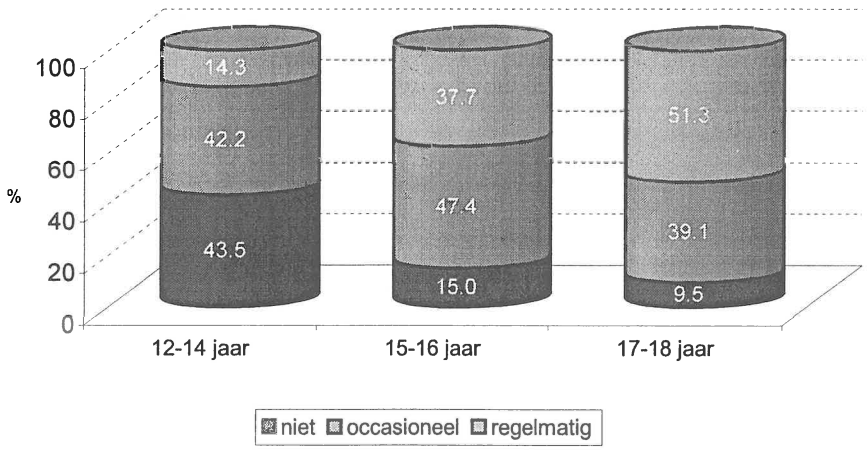
[3] Alcopops zijn mixdrankjes van sterke drank met frisdrank, bijvoorbeeld Baccardi Breezer.

Grafiek 7: laatstejaarsgebruik van alcohol - jongeren
(Kinable, 2001)



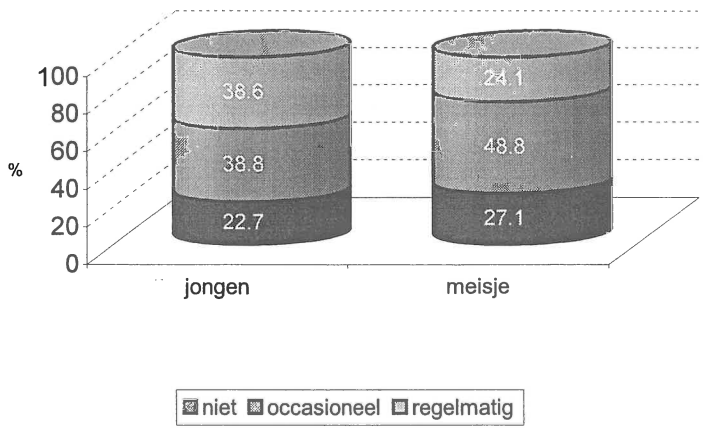
Het alcoholgebruik verschilt sterk naargelang de leeftijd. In de leeftijdsgroep van 12 tot 14 jaar heeft 43.5% tijdens het voorbije jaar geen alcohol gedronken, terwijl het percentage niet -drinkers in de leeftijdsgroep 17 tot 18 jaar 9.5% bedraagt (grafiek 8). In de groepen van 12 tot 14 jaar en van 15 tot 16 jaar zijn er in verhouding meer occasionele dan regelmatige drinkers. Bij de oudste leerlingen is dit omgekeerd: de helft van hen (51.3%) dronk het afgelopen jaar minstens één maal per week alcohol.

Grafiek 8: alcoholgebruik naar leeftijd - jongeren (Kinable, 2001)



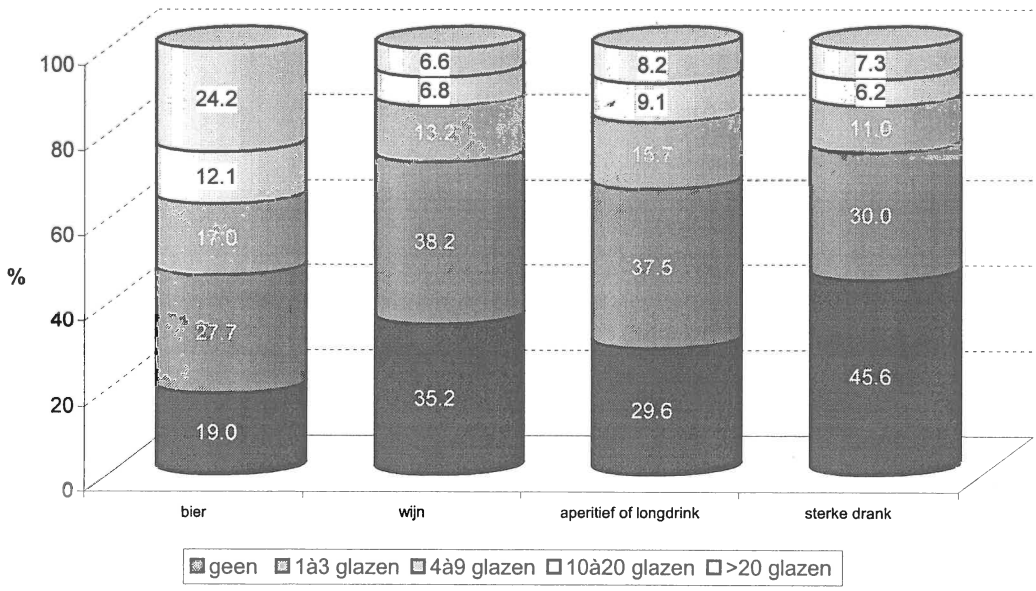
Het percentage meisjes dat het voorbije jaar geen alcohol heeft gedronken, ligt iets hoger dan dat van de jongens (27.1% versus 22.7%) (grafiek 9). Meisjes drinken eerder occasioneel alcohol (48.8% tegenover 38.8% van de jongens), terwijl meer jongens dit regelmatig doen (38.6% tegenover 24.1% van de meisjes).

Grafiek 9: alcoholgebruik naar sekse - jongeren
(Kinable, 2001)



Een onderzoek van de Dienst Wetenschappelijk Onderzoek van De Sleutel bij leerlingen uit de tweede en de derde graad van het secundair onderwijs in Brugge, peilde onder meer naar dronkenschap (Lombaert & Raes, 2000). Driekwart van de leerlingen is al minstens eenmaal dronken geweest. Tijdens de laatste maand was 4.4% meer dan 20 keer dronken. Hoeveel glazen alcohol deze leerlingen gemiddeld per week drinken, verschilt naargelang het type drank. Bijna een kwart van de leerlingen dronk gemiddeld meer dan 20 glazen bier per week gedurende de laatste zes maanden (grafiek 10).

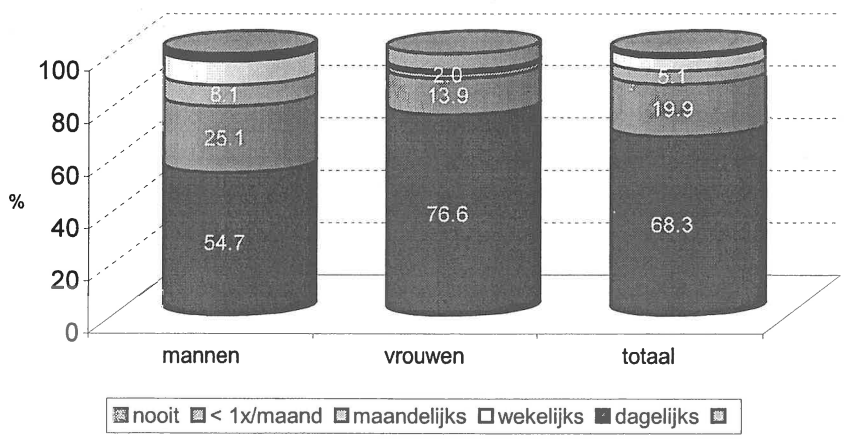
Grafiek 10: gemiddelde alcoholconsumptie per week - jongeren
(Lombaert & Raes, 2000)



'Binge drinking'
Het is ook belangrijk om na te gaan wanneer er hoeveel wordt gedronken: personen die per week hetzelfde aantal glazen drinken, kunnen toch een zeer verschillend drinkprofiel vertonen, juist omdat er een verschil bestaat tussen het gespreid en het geconcentreerd drinken (Cattaert & Pacolet, 2001). Dit geconcentreerd overmatig drinken ('binge drinking' genoemd), om zo snel mogelijk dronken te worden, vraagt enige verduidelijking.
Ook internationaal is men er nog niet uit wat men precies bedoelt met 'binge drinking'. Volgens de ene bron gaat het om op korte tijd zoveel alcohol drinken dat men geïntoxiceerd is. Volgens andere bronnen is het de consumptie van vijf glazen alcohol na elkaar voor mannen of vier glazen voor vrouwen. In het Nederlands zouden we kunnen spreken over 'zuipen' waarmee het consumeren van alcohol om zo snel mogelijk dronken te worden, wordt aangeduid. In veel studies heeft men het echter over de consumptie van zes glazen alcohol bij één gelegenheid.

Zo ook in de studie van Aertgeerts et al. (2000) bij huisartspatiënten. 'Binge drinking' komt meer voor bij mannelijke dan bij vrouwelijke huisartspatiënten (grafiek 11). 191 mannen (20.2%) dronken minstens één maal per maand meer dan zes alcoholische consumpties per gelegenheid, tegenover 32 vrouwen (3.2%). Het gaat hier om een zeer specifieke onderzoeksgroep waarvan de gemiddelde leeftijd ook tamelijk hoog ligt (54 jaar voor de mannen en 48 jaar voor de vrouwen).

Grafiek 11: binge-drinken bij huisartspatiënten
(Aertgeerts et al., 2000)



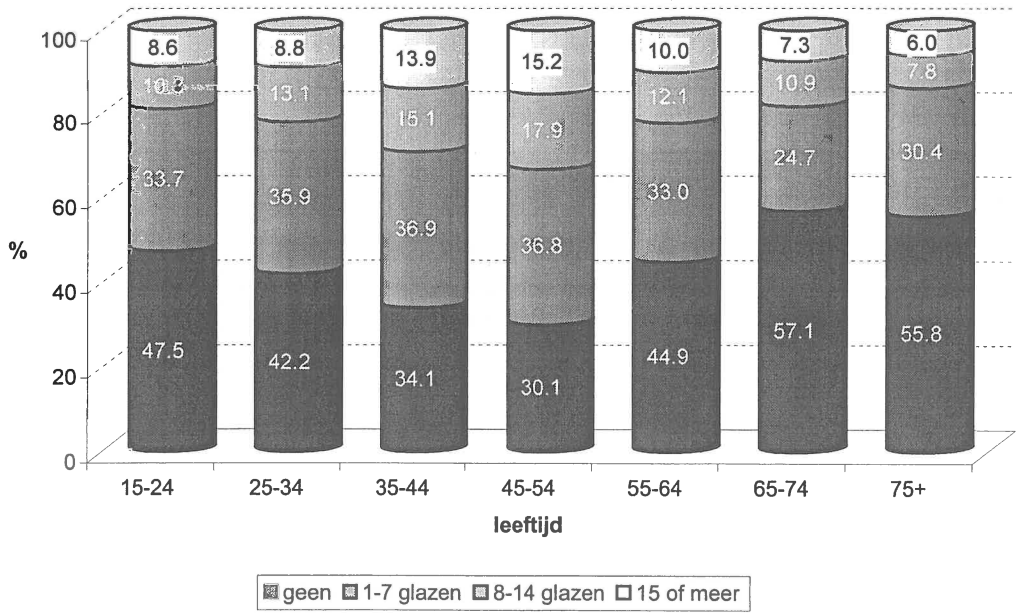
Ook bij jongeren is het fenomeen 'binge drinking' onderzocht. De Witte et al. (2000) vroegen aan Vlaamse jongeren hoe vaak ze het afgelopen jaar meer dan zes pinten (of een andere alcoholische drank) op één avond dronken. De meeste jongeren (59.9%) deden dit nog nooit. 8.3% van de jongeren dronk het afgelopen jaar wekelijks meer dan zes pinten (of een andere alcoholische drank) op een avond en 0.5% deed dit dagelijks.

GEVOLGEN VAN ALCOHOLGEBRUIK

Gevolgen van alcoholgebruik op de gezondheid
Om de alcoholproblematiek in de bevolking te omschrijven stelt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een meetbare norm voorop, gebaseerd op de hoeveelheid geconsumeerde alcohol per dag, gedifferentieerd naar sekse (Cattaert & Pacolet, 2001). Vanaf zes glazen per dag voor mannen en vier glazen per dag voor vrouwen spreekt men van schadelijk drankgebruik (psychomotorische verzwakking). Gespreid over een week gaat het dan om een consumptie vanaf 42.1 glazen voor mannen en 28.1 glazen voor vrouwen.

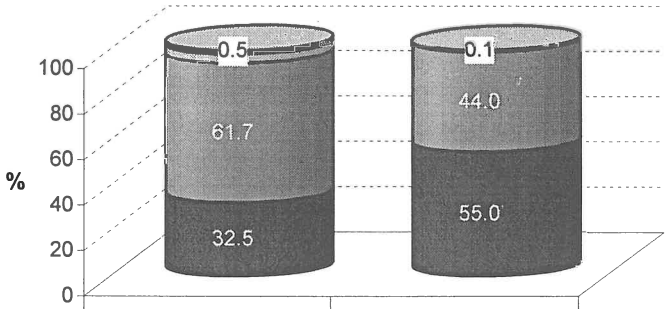
In de gezondheidsenquête werd problematisch alcoholgebruik nagegaan op basis van de vraag of men zes of meer glazen alcohol per dag drinkt. 17.7% van de Belgen drinkt minstens één keer per maand zes of meer glazen alcohol per dag. Slechts 7% van de vrouwen drinkt minimum één keer per maand zes glazen alcohol of meer op dezelfde dag tegenover 27% van de mannen. 10.8% van de bevolking drinkt 15 of meer glazen alcohol per week (grafiek 12).

Grafiek 12: aantal glazen alcohol per week - volwassenen
(Gezondheidsenquête, 1997)



Cattaert & Pacolet (2001) berekenden op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête hoeveel Belgen probleemdrinkers zijn. Uitgaande van de WHO-definiëring van schadelijk alcoholgebruik zou dit gaan om 1.5% van de bevolking.

Grafiek 13: aantal glazen alcohol per week - volwassenen
(Gezondheidsenquête, 1997)



	mannen	vrouwen
> 70 glazen	0.5	0.1
42.1-70 glazen	1.3	0.2
28.1-42 glazen	3.9	0.7
0.1-28 glazen	61.7	44.0
0 glazen	32.5	55.0

De 1.5% probleemdrinkers nemen 16% van de totale alcoholconsumptie voor hun rekening (Cattaert & Pacolet, 2001). 83% van de probleemdrinkers drinkt ook dagelijks.

Ook uit de huishoudbudgetenquête blijkt dat het alcoholprobleem een geconcentreerd probleem is (Cattaert & Pacolet, 2001). 10% van de huishoudens geeft 30% uit van wat alle huishoudens samen aan alcohol spenderen. Volgens de huishoudbudgetenquête zou 11.3% van de bevolking ouder dan 15 jaar er een schadelijk drinkpatroon op nahouden. Dit percentage is veel hoger dan wat de gezondheidsenquête ons vertelt.
Gebruikmakend van de formule van Ledermann zou 10.95% van de bevolking problematisch drinken.
Als pragmatische oplossing kunnen we de realiteit ergens tussen deze verschillende berekeningswijzen situeren. We kunnen uitgaan van een gemiddelde van 6% van de Belgische bevolking dat problematisch drinkt. Het gaat dan om meer dan 400.000 personen.

Huisartsen stellen bij 8.9% van hun patiënten alcoholmisbruik of -afhankelijkheid als diagnose (DSM-III) en dit gebeurt meer bij mannen (13.6%) dan bij vrouwen (4.5%) (Aertgeerts et al., 2000) (tabel 3). Wordt er gekeken naar de sekse en de leeftijd dan blijkt dat 18% van de mannen tussen 18 en 60 jaar een alcoholprobleem heeft.

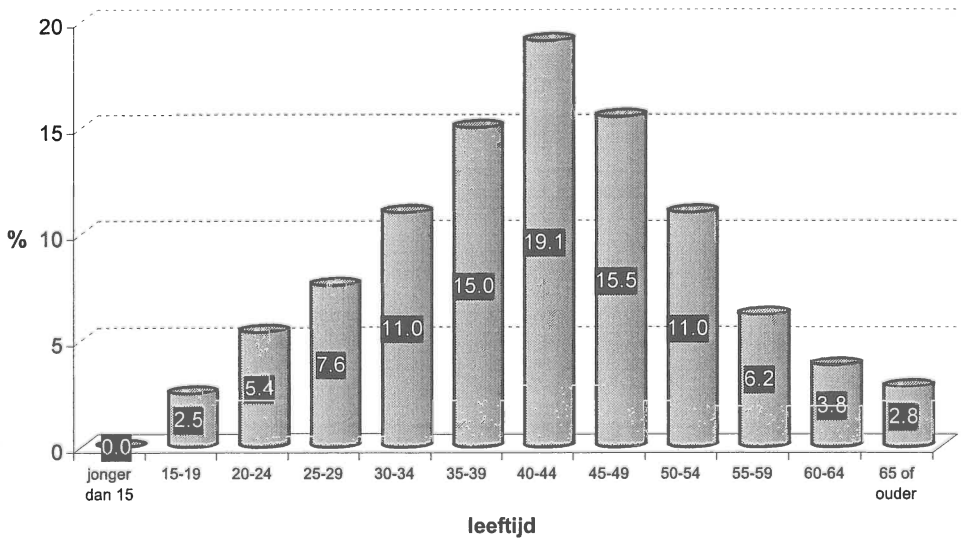
Tabel 3: alcoholgebruik bij huisartspatiënten in Vlaanderen – '97-'98

		mannen (N= 970)		vrouwen (N= 1.019)		totaal (N= 1.989)	
		N	%	N	%	N	%
DSM-III-R-positief	voorbije jaar	132	13.6	46	4.5	178	8.9
Alcoholmisbruik	voorbije jaar	74	7.6	20	2.0	94	4.7
Alcoholafhankelijk	voorbije jaar	58	6.0	26	2.6	84	4.2

Bron: Aertgeerts et al., 2000

De *gespecialiseerde drughulpverlening*[4] zag in 1999 7.578 personen die alcohol gebruiken (Vandenbussche, 2001). Dat is bijna de helft (49.1%) van de cliënten die door deze instellingen worden begeleid. Alcohol is dan ook het meest geregistreerde product bij personen met middelengerelateerde problemen in de hulpverlening. Voor 88.1% van de alcoholgebruikers is alcohol tevens het voornaamste product waarvoor ze in behandeling zijn. De meerderheid van de alcoholgebruikers is man. Bijna één derde van de alcoholgebruikers is vrouw. De gemiddelde leeftijd van de alcoholgebruiker in deze hulpverleningsvormen is 41 jaar. 84.4% is ouder dan 30 jaar (grafiek 13). De helft van de geregistreerde alcoholgebruikers zit in de leeftijdscategorie 35-49 jaar. De grootste groep is tussen 40 en 44 jaar.

Grafiek 14: leeftijd van alcoholgebruikers in de hulpverlening (VRM, 2001)



Universiteitsstudenten vormen een aparte groep bij wie alcoholgebruik algemeen aanvaard is. Uit een onderzoek bij eerstejaarsstudenten blijkt echter dat bij 14% het alcoholgebruik problematisch is (Aertgeerts et al., 1999). Eén student op tien gebruikt overmatig alcohol en 3.6% is alcoholafhankelijk (volgens DSM-IV) (tabel 4). Dit verschilt echter sterk volgens sekse. 301 mannelijke studenten (18.5%) voldeden aan de criteria van overmatig alcoholgebruik tegenover 72 vrouwelijke studenten (3.7%). 96 mannen (5.9%) en 32 vrouwen (1.6%) waren alcoholafhankelijk.
Veel studenten scoren echter positief op overmatig alcoholgebruik, omdat ze aangeven dat ze vaak onder invloed zijn in een situatie met een verhoogd risico op een ongeval, bijvoorbeeld fietsen, autorijden, het besturen van een vrachtwagen of boot, het bedienen van een machine. Het gaat om 434 (12.2%) studenten. Dit risicogedrag wordt echter vaak als 'normaal' adolescentengedrag zonder psychische of psychiatrische pathologie gezien.

[4] Aan de registratie van 1999 participeerden de Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ), de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ), de therapeutische gemeenschappen, de crisisinterventiecentra, de dagcentra, centra geestelijke gezondheidszorg en het straathoekwerk.

Tabel 4: Prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid bij eerstejaarsstudenten volgens de DSM-IV-criteria – '95-'96

	mannen (N= 1.624)		Vrouwen (N= 1.940)		totaal (N= 3.564)	
	N	%	N	%	N	%
overmatig alcoholgebruik	301	18.5	72	3.7	373	10.5
alcoholafhankelijkheid	96	5.9	32	1.6	128	3.6
één van beide	397	24.4	104	5.4	501	14.1
vaak rijden onder invloed	352	21.7	82	4.2	434	12.2

Bron: Aertgeerts et al., 1999

MAATSCHAPPELIJKE GEVOLGEN VAN ALCOHOLGEBRUIK

In het verkeer kan alcoholgebruik nefast zijn. In 2000 gebeurden er 49.065 ongevallen op onze wegen, vaak met doden of ernstig gewonden. In dezelfde periode was er bij 4.168 (8.5%) van de ongevallen sprake van alcoholgebruik (BIVV, 2001) (tabel 5). Bij ongevallen met doden of gewonden is in 10.2% van de gevallen één van de bestuurders onder invloed van alcohol. Het totale aantal ongevallen en het aantal ongevallen met alcoholgebruik is tegenover 1999 afgenomen. Het percentage ongevallen met alcoholgebruik is echter gestegen.

Tabel 5: ongevallen met alcoholgebruik - 2000

	alle ongevallen	ongevallen met doden of ernstig gewonden
zonder alcoholgebruik	44.897 (91.5%)	8.397 (89.8%)
met alcoholgebruik[5]	4.168 (8.5%)	949 (10.2%)
Totaal	**49.065 (100.0%)**	**9.346 (100.0%)**

Bron: BIVV, 2001

Het totale aantal bestuurders dat onder invloed van alcohol betrokken is in een ongeval is in 2000 licht gestegen tegenover 1999, van 7.2% naar 7.7% (tabel 6). In de leeftijdsklassen 30 tot 39 jaar en 40 tot 49 jaar zijn het meest 'dronken' bestuurders te vinden. Van de jonge bestuurders (jonger dan 25 jaar) die bij een ongeval met doden of ernstig gewonden zijn betrokken, is 7.4% onder invloed van alcohol.

[5] Ademtest is positief, ademtest is geweigerd, ademtest is niet uitgevoerd of negatief maar bestuurder is klaarblijkelijk dronken.

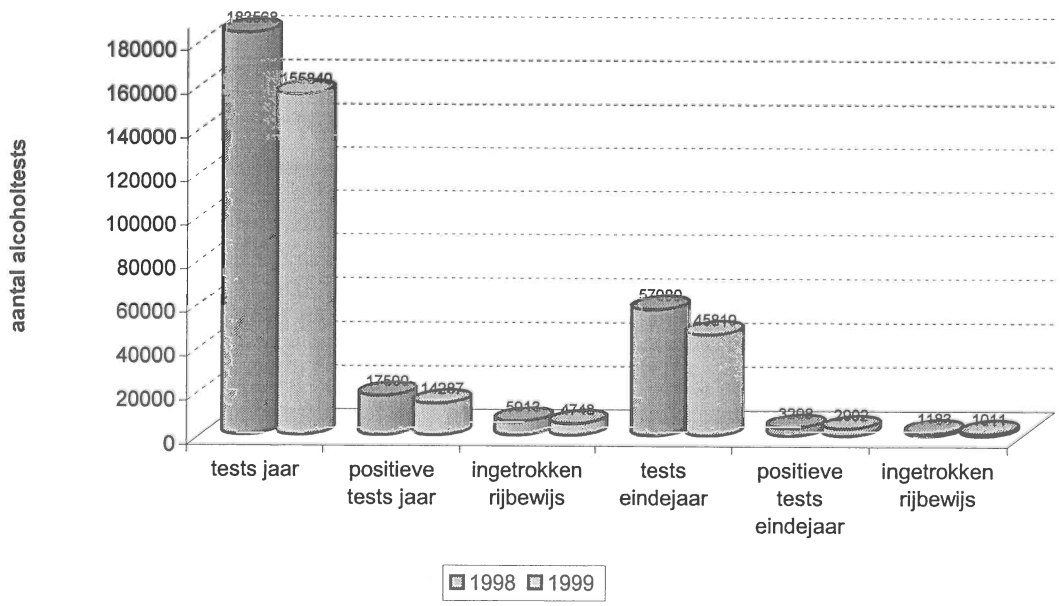
Tabel 6: bestuurders van personenauto's, onder invloed van alcohol, betrokken bij verkeersongevallen met minstens één dode of ernstig gewonde weggebruiker, naar leeftijd - 2000

Leeftijd	aantal betrokken bestuurders	aantal betrokken bestuurders onder invloed van alcohol	
18-24	2.287	170	7.4%
25-29	1.453	118	8.1%
30-39	2.337	216	9.2%
40-49	1.676	145	8.7%
50-59	987	79	8.0%
60-69	597	22	3.7%
70+	537	12	2.2%
totaal[6]	**10.204**	**787**	**7.7%**

Bron: BIVV , 2001

In 1998 voerde de Federale Politie 183.568 alcoholcontroles uit, in 1999 waren er dat 155.840, een daling van 15% (grafiek 15). In 1999 zijn er in verhouding iets minder personen waarvan de ademtest positief is (9.2% in 1999 tegenover nog 9.5% in 1998).
Tijdens de eindejaarsperiode verminderde de Federale Politie het aantal alcoholcontroles van 57.080 in 1998 naar 45.819 in 1999. Het aandeel positieve tests neemt in deze periode echter toe. Waar bij de eindejaarscampagne in 1998 nog 5.8% van de bestuurders positief blies, is dat in 1999 opgelopen tot 6.3%. Opvallend is dat tijdens de eindejaarsperiode in verhouding minder positieve tests worden afgenomen dan gedurende het jaar.
Gedurende het jaar 1998 werden bij positieve alcoholcontroles 5.913 rijbewijzen ingetrokken (33.8%), in 1999 4.748 (33.2%).
Ook tijdens de eindejaarscampagne van 1999 werden er minder rijbewijzen ingetrokken bij positieve tests dan in 1998 (34.8% tegenover 35.9%).

Grafiek 15: alcoholcontroles door Federale Politie (Federale Politie)



[6] In het totaal zijn de bestuurders waarvan de leeftijd onbekend is ook opgenomen.

LACUNES IN CIJFERMATERIAAL

Bij het overlopen van de bestaande cijfers die aangeven welke plaats alcohol in onze samenleving inneemt, vallen onmiddellijk enkele lacunes op. Administratieve cijfers bijvoorbeeld zijn vaak ontoereikend aangezien verschillende bronnen de neiging hebben elkaar tegen te spreken.
Recent onderzoeksmateriaal louter over alcohol bestaat in ons land niet. In tegenstelling tot andere landen heeft België geen traditie in alcoholonderzoek.
Onderzoek over gebruikspatronen van alcohol ontbreekt voor België. Of er bijvoorbeeld gender- of leeftijdsverschillen zijn in de wijze van omgaan met alcohol kunnen we niet met objectieve gegevens staven. Met welke andere producten alcohol gewoonlijk wordt gebruikt en waar men in hoofdzaak alcohol consumeert evenmin. We beschikken ook niet over onderzoek naar alcoholgebruik in specifieke settings bijvoorbeeld op het werk, in de privé-sfeer, bij het uitgaan.
Er ontbreekt longitudinaal onderzoek waardoor geen tendensen kunnen aangegeven worden. Nochtans biedt bijvoorbeeld de huishoudbudgetenquête daarvoor interessant materiaal.
Ook kwalitatief onderzoek over alcoholgebruik bestaat niet, waardoor we weinig weten over de ervaringen van gebruikers.
Verder interdisciplinair gezondheidseconomisch onderzoek is wenselijk over het verschillend profiel in drinken tussen landen, naar soort drank, frequentie en intensiteit van gebruik en hun gezondheidseffect.

REFERENTIES

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Vandermeulen, C., Roelants, M., Fevery, J., Ansoms, S. (1999) De prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid volgens DSM-IV-criteria bij eerstejaarsstudenten. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143 (52), pp. 2621-2624.

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Fevery, J., Ansoms, S. (2000) De prevalentie van alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 56 (3), pp. 177-186.

Belgische Brouwers (CBB) (2001) Wat is de toekomst van onze export? In: *Het Brouwersblad*, juni 2001, jaargang 108, pp.12-22.

Belgisch Instituut Voor Verkeersveiligheid (2001) *Jaarverslag verkeersveiligheid 2000.* Brussel: BIVV.

Bietlot, M., Demarest, S., Tafforeau, J., & Van Oyen, H. (2000) *De gezondheid in België, zijn gemeenschappen en zijn gewesten: resultaten van de Gezondheidsenquête door middel van interview, 1997.* Brussel: Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Cattaert, G., Pacolet, J (2001) *Schatting van het alcoholgebruik/misbruik in Vlaanderen en België.* Leuven: HIVA, Brussel: VAD.

De Witte, H., Hooge, J., Walgrave, L. (red.) (2000) *Jongeren in Vlaanderen: gemeten en geteld. 12- tot 18-jarigen over hun leefwereld en toekomst.* Leuven: Universitaire Pers Leuven.

Federale politie. Data services. Programma Verkeer. Data verkregen op verzoek.
Instituut voor Nationale Rekeningen (2000) *Statistieken van de buitenlandse handel. Jaarboek 1999.* Belgisch-Luxemburgse Economische Unie.

Kinable, H. (2001) *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid Op School. Syntheserapport schooljaar 2000-2001.* Brussel: VAD.

Lombaert, G., Raes, V. (2000) *Middelengebruik in relatie tot de leefwereld bij jongeren. Onderzoeksresultaten van een individuele bevraging bij 4.588 leerlingen in Brugge.* Dienst wetenschappelijk onderzoek De Sleutel.

Ministerie van Financiën - Administratie der douane en accijnzen (1999) *Jaarverslag 1999.* Brussel.

Nationaal Instituut voor de Statistiek (2000) *Huishoudbudgetonderzoek 1999* – informatie beschikbaar op www.statbel.fgov.be.

Produktschap voor gedistilleerde dranken (2000) *World Drink Trends 2000. International Beverage Consumption and Production Trends.* Oxfordshire, in association with NTC Publications LTD.

Vandenbussche, E. (2001) *Vlaamse Registratie Middelengebruik. Registratiegegevens 1999.* Brussel: VAD.

4. De combiroes: pick 'n mix of rationele keuze?

Ton Nabben
Antropoloog
Universiteit Amsterdam

Samenvatting en conclusies
Uit: Nabben, T. & Korf, D.J. (2000). De combiroes. Gecombineerd gebruik van alcohol met cannabis, cocaïne, XTC en amfetamine. Thela Thesis: Amsterdam.

We hebben uitvoerig de ervaringen van jongeren besproken die zelf alcohol en drugs combineren. De jongeren waarmee we spraken, vertelden openhartig over hun aangename en onaangename ervaringen. Op deze manier kregen we een evenwichtig beeld van wat er met jongeren gebeuren kan als zij alcohol en drugs combineren. Maar het geschetste beeld is wellicht ook wat vertekend. We spraken immers alleen met jongeren die nog steeds combineren. De jongeren die hiermee gestopt zijn, vielen buiten het onderzoek. Als we ook met hen hadden gesproken, waren de verhalen wellicht anders gekleurd geweest. Bovendien is ons onderzoek kwalitatief van aard. Dit wil zeggen dat we streefden naar interviews met zoveel mogelijk verschillende 'soorten' actuele combigebruikers. Maar we pretenderen geen representativiteit in kwantitatieve zin.

Alcohol en cannabis

Gecombineerd gebruik van cannabis en alcohol gebeurt bij voorkeur samen met vrienden of vriendinnen, vooral tijdens het uitgaan. Een gezellige sfeer en jezelf goed voelen bevorderen dit combigebruik. Het is dus bij uitstek een sociale aangelegenheid. De omgeving van de jongeren - familie, niet-gebruikende vrienden - staat vaak negatief tegenover gecombineerd gebruik van alcohol en cannabis. Ook het gebruik van één of beide middelen afzonderlijk kan leiden tot kritiek. Zelf vinden de jongeren dat hun combigebruik geen problemen hoeft op te leveren. Je moet het vooral met mate doen.

Er tekent zich een duidelijke tweedeling af, met aan de ene kant jongeren die zichzelf primair als blowers beschouwen en aan de andere kant jongeren die van zichzelf vinden dat ze drinker zijn. De combinatie alcohol en cannabis heeft geen eenduidige invloed op het aantal joints: de één blowt dan minder, de ander juist meer. Daarentegen drinken ze bij deze combinatie meestal minder alcohol dan wanneer ze er niet bij blowen.

Vaak hebben de jongeren geen uitgesproken motieven om alcohol en cannabis te combineren. Ook hebben ze er lang niet altijd expliciete verwachtingen bij. Als ze wel verwachtingen hebben, dan gaat het om een opkikker krijgen. Van cannabis alleen kun je sloom en in jezelf gekeerd raken, alcohol gaat dat tegen en geeft een oppepper. Bovendien vinden ze 'stronken' zijn - het gevoel van deze combinatie - aangenaam. De belangrijkste als prettig beleefde effecten van gecombineerd drinken en blowen zijn: de snelle kick, de lekkere high en de goede sfeer.
Maar de prettige effecten kunnen gevolgd worden door onprettige. Hierbij gaat het vooral om onprettige lichamelijke ervaringen: misselijkheid, overgeven en 'out' gaan. Onprettige effecten en risico's van het combigebruik schrijven de jongeren vooral toe aan alcohol. In dat middel schuilt volgens hen het gevaar bij de combinatie van blowen en drinken. Toch overheersen echter de prettige effecten over het algemeen, ook al zijn de meesten zelf bijvoorbeeld wel eens misselijk na het combigebruik.

De 'subjectieve' ervaringen van de combigebruikers sluiten over het algemeen goed aan bij de 'objectieve' feiten uit de toxicologische literatuur. Sommige ervaringen van onze combigebruikers hebben tot nu toe nauwelijks aandacht gekregen in de toxicologische literatuur. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de misselijkheid die kennelijk vaak optreedt bij gecombineerd gebruik van alcohol met cannabis. In de alledaagse werkelijkheid komt dit verschijnsel wellicht nog vaker voor. We hebben immers uitsluitend gesproken met gebruikers die nog steeds combineren. Het is goed denkbaar dat andere gebruikers alcohol niet meer met cannabis combineren vanwege die eerder ervaren misselijkheid.

ALCOHOL EN STIMULANTIA

Ook de jongeren die alcohol combineren met stimulerende middelen als cocaïne, amfetamine en XTC (de 'peppers') hebben over het algemeen een voorkeur voor óf blowen óf drinken. Over XTC zijn de peppers overwegend positief. Zij waarderen vooral de energiegevende, entactogene en empatische effecten. Cocaïne wordt vooral positief gewaardeerd vanwege het stimulerende en heldere effect. Amfetamine (speed) staat niet hoog in aanzien. Voor veel peppers is het te heftig en roept het - vergeleken met XTC en cocaïne - eerder negatieve associaties op.

Combigebruik van alcohol en stimulantia vindt eveneens vooral in het weekend en het liefst tijdens het uitgaan plaats. Ook dit combigebruik gebeurt bij voorkeur met vrienden, vaak spreken ze aan het begin van een avondje stappen bij iemand thuis af. Ook na afloop willen peppers nog wel eens samen bij iemand thuis uitblazen van een avond of nacht stappen. Wie tot rust wil komen, neemt bijvoorbeeld cannabis en degene die vindt dat de nacht niet lang genoeg kan duren, neemt er soms nog wat stimulantia bij. Bij gecombineerd gebruik van alcohol en stimulantia domineren positieve ervaringen als gezelligheid, activiteit en euforie. Dit zijn ook typisch ervaringen die goed passen bij de setting: het uitgaansleven.

Vóór combigebruik spreken bij de peppers: in een goede stemming verkeren, in de juiste omgeving en in gezelschap van vrienden zijn. De meest voorkomende combinaties bij de peppers zijn: alcohol + cocaïne; cannabis + alcohol; alcohol + XTC en cannabis + XTC. Combinaties met amfetamine komen minder voor. Als de peppers alleen zijn combineren ze liever niet. Dat geldt ook als peppers sociale verplichtingen hebben of de volgende dag moeten werken of studeren. Specifiek tegen de combinatie van alcohol en XTC spreekt dat je geen XTC moet nemen als je al dronken bent.

Alcohol met cocaïne is de meest favoriete combinatie. Het belangrijkste effect is dat cocaïne de alcoholroes afvlakt, zodat je meer alcohol kunt verdragen. En andersom is de cocaïneroes minder heftig in combinatie met alcohol. Meestal beginnen ze met alcohol, maar sommigen snuiven liever eerst. Over het waarom van hun eigen volgorde kunnen de meeste peppers weinig zeggen. Het is gewoon zo gegroeid. Dat maakt het voor hen ook moeilijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen de effecten bij deze combinatie als je eerst alcohol neemt of wanneer je begint met cocaïne.

Omdat bij gecombineerd gebruik van XTC en drinken ook wel geblowd wordt, kunnen de peppers niet altijd nauwkeurig aangeven welke invloed alcohol op de combinatie met XTC heeft. Sommigen ervaren nauwelijks of geen invloed van de alcohol op de XTC-roes. Anderen spreken van een negatieve invloed: de roes wordt met name minder intensief. Weer anderen vinden de combinatie positief: volgens hen wordt de XTC-roes juist wat sterker en duurt ze langer. Voorwaarde is wel dat je er niet teveel alcohol bij drinkt. Cannabis heeft volgens de meeste peppers geen sterke invloed op XTC. Het belangrijkste effect is dat je wat langer stoned bent, hoewel sommigen vinden dat cannabis de XTC-roes afvlakt. Aan het einde van de XTC-roes helpt cannabis om tot rust te komen en in slaap te vallen.

Als algemene prettige kanten van combigebruik brengen de peppers naar voren: intensiveren van de roes, in balans brengen van de werking van de afzonderlijke effecten en weer actief worden als je te slap of dronken bent. Algemene onprettige kanten van combigebruik zijn: de roes wordt te sterk of vlakt teveel af of de werking slaat om naar bijvoorbeeld misselijkheid. Soms streven de peppers er doelbewust naar om een bepaald roesgevoel door combigebruik te versterken, af te zwakken of te neutraliseren. Zo versterken of verlengen sommigen hun XTC-roes wel met cannabis. Bij afzwakken en neutraliseren gaat het vooral om de combinatie van alcohol en cocaïne (minder dronken, minder 'strak' van de cocaïne).

De algemene risico's van combigebruik vinden veel peppers vooral in het drinken van alcohol liggen. Het risico is dat je overmoedig wordt: je stapt bij combigebruik bijvoorbeeld makkelijker achter het stuur als je alcohol gedronken hebt. Tot de sociale risico's van combigebruik rekenen de peppers dat je in 'verkeerde kringen' terechtkomt en dat je problemen kan krijgen in je relatie, op je werk of bij je studie. Ook kan combigebruik je psychisch evenwicht verstoren. Ten slotte noemen de peppers lichamelijke risico's die op kunnen treden na overmatig of langdurig gebruik. Om negatieve effecten en risico's van combigebruik te beperken, moet je er volgens de peppers vooral voor zorgen dat je met mate gebruikt, alleen combineert als je je goed voelt en dan uitsluitend bij een geschikte gelegenheid met de juiste vrienden.

Ook de 'subjectieve' ervaringen bij gecombineerd gebruik van alcohol en stimulantia sluiten over het algemeen goed aan bij de 'objectieve' feiten uit de toxicologische literatuur. Daarnaast zijn er 'subjectieve' ervaringen die weliswaar niet in tegenspraak zijn met de toxicologische literatuur, maar daarin gewoon nog weinig aandacht hebben gekregen.
Een duidelijk voorbeeld hiervan is de neiging om stevig alcohol te drinken in combinatie met cocaïne. Die neiging lijkt sterker dan wanneer je alcohol combineert met XTC. Het hoe en waarom hiervan verdient meer aandacht in toxicologisch onderzoek.
Sociale factoren, zoals de invloed van de omgeving waarin iemand gebruikt, krijgen in de toxicologische literatuur weinig aandacht. In de gesprekken die wij met jongeren voerden over gecombineerd gebruik, schreven zij juist aan deze omgeving een belangrijke rol toe.

VOORLICHTING EN PREVENTIE

Hoe ziet goede voorlichting over combigebruik er volgens jongeren die hier zelf ervaring mee hebben uit? De belangrijkste boodschap over gecombineerd gebruik van alcohol en cannabis in preventie en voorlichting moet volgens de jongere zelf zijn: doe het met mate en kijk vooral uit met alcohol. Hun tweede advies is: zorg dat je met de juiste vrienden bent.
Ten derde vinden zij dat er aandacht moet zijn voor de specifieke risico's van gecombineerd gebruik.
De jongeren die alcohol combineren met stimulantia ('peppers') vinden allereerst dat voorlichting objectief moet zijn, dus niet op angsten moet inspelen en ook aandacht moet schenken aan de positieve effecten van combigebruik. Verder moet voorlichting ook duidelijk zijn over de risico's. Dat is vooral een kwestie van feitelijke informatie, waarbij ook uitgelegd moet worden waarom iets een risico is. Opvallend vaak noemen de peppers hierbij het rijden onder invloed van alcohol en drugs. Verder moet goede voorlichting over combigebruik specifiek zijn. Goede voorlichting mag volgens veel peppers best een boodschap bevatten. Die moet vooral gaan over maat houden. Ook is het belangrijk dat voorlichting concreet is en dat het praktische tips voor gebruikers geeft.

5. GEWELD ONDER INVLOED VAN ALCOHOL

Prof. dr. Joris Casselman
Karolien Meuwissen
Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg
Katholieke Universiteit Leuven

Alcoholgebruik wordt vaak vermeld als oorzaak van geweld en wordt dikwijls als excuus aangewend om gewelddadig gedrag grotendeels goed te praten.
Dat er een positief verband bestaat tussen alcoholgebruik en geweld zal niemand in twijfel trekken, maar de meningen verschillen nogal over vragen als: hoe belangrijk is dit verband en hoe moeten wij ons dit verband voorstellen?
In wat volgt komen drie punten aan bod: ten eerste het belang van het verband tussen alcoholgebruik en gewelddadig gedrag, ten tweede de beïnvloedende factoren en ten derde het belang van dit alles voor preventie en hulpverlening.

HET BELANG VAN HET VERBAND TUSSEN ALCOHOLGEBRUIK EN GEWELDDADIG GEDRAG

De meeste studies geven aan dat alcohol een rol speelt bij 40 tot 50% van alle geweldmisdrijven. Dit is duidelijk meer dan bij andere misdrijven, met uitzondering uiteraard van de twee specifieke alcoholmisdrijven, met name openbare dronkenschap enerzijds en dronkenschap achter het stuur anderzijds. Bij deze laatste misdrijven is alcohol in 100% van de gevallen aanwezig en deze specifieke alcoholmisdrijven kunnen trouwens ook gepaard gaan met geweld.
Wanneer wij het hier hebben over geweld gaat het in de eerste plaats over geweld onder de vorm van geweldmisdrijven. De reden is dat daarover de meest harde gegevens beschikbaar zijn.
Geweldmisdrijven onder invloed van alcohol komen het meest frequent voor bij jonge ongehuwde mannen. Hoe ernstiger het geweldmisdrijf, hoe frequenter alcohol een medebepalende factor is en hoe groter de kans ook is dat zowel de dader als het slachtoffer onder invloed van alcohol zijn op het moment van de feiten.
Het is niet onbelangrijk om er op te wijzen dat alleen gegevens bekend zijn over officieel geregistreerde geweldmisdrijven. Daarnaast doet er zich nog 'dark number' gewelddadig gedrag voor, dit wil zeggen geweld dat zich wel degelijk voordoet, maar dat niet via de gewone rechtsbedeling officieel vastgesteld en geregistreerd wordt.
Het samengaan van alcoholgebruik en geweld betekent niet noodzakelijk dat het gaat over een unilateraal causaal verband, waarbij het alcoholgebruik het geweld rechtstreeks en uitsluitend veroorzaakt. Reeds in 1915 waarschuwde Bonger in Nederland voor het overschatten van de rol van alcohol bij geweldmisdrijven. Merkwaardig is zijn uitspraak: "alcohol heeft een breeden rug waarop heel wat geschoven wordt dat er niet thuis behoort".

DE BEÏNVLOEDENDE FACTOREN

De meest belangrijke boodschap is dat alcohol een medebepalende factor is naast vele andere mogelijke beïnvloedende factoren. Een gedegen kennis van de verwevenheid van de verschillende factoren is van groot belang voor preventie en hulpverlening.
Wanneer we de resultaten van bestaand onderzoek nagaan blijkt dat drie clusters van factoren van wezenlijk belang zijn: ten eerste bepaalde effecten van alcohol, ten tweede bepaalde kenmerken van de persoon van de gebruiker en ten derde bepaalde kenmerken

van de context waarin dit gebruik zich situeert. Dus wie gebruikt wat in welke omstandigheden. Dit wordt ook vaak de drie M's genoemd: het middel, de mens en het milieu.
Vooraleer we de verschillende beïnvloedende factoren overlopen, willen we duidelijk stellen dat we telkens enkele voorbeelden ter illustratie geven, omdat het in dit korte bestek niet mogelijk is om een volledig overzicht te geven.

Alcohol
Een eerste cluster van factoren betreft de psychoactieve werking van alcohol. Men denkt vaak dat alcohol een stimulerend middel is. Alcohol is echter geen stimulerend middel maar een kalmerend middel. Bij een beperkte dosis ontstaat een angstverminderend effect, waardoor men over het algemeen minder bevreesd is voor negatieve gevolgen. Bij hogere dosissen ontstaat er een verdoving van inhiberende functies in het centrale zenuwstelsel met als gevolg een toenemende kans op ontremd gedrag.
Het is duidelijk dat de hoeveelheid gebruikte alcohol van belang is. Hoe groter de dosis, hoe groter de kans dat gewelddadig gedrag ontstaat. Voor wat de aard van de alcoholische dranken betreft is het niet zo duidelijk. Sommige studies tonen aan dat sterke dranken tot meer geweld aanleiding geven. In andere studies wordt overduidelijk aangetoond dat vooral de verwachting dat sterke dranken meer geweld tot gevolg hebben, bepalend is, naast het bloedalcoholgehalte.
De laatste tijd is meer bekend geraakt over de ingewikkelde neurofysiologische mechanismen die zich afspelen in het centrale zenuwstelsel, maar dit is een uitgebreid en ingewikkeld verhaal op zich.
Belangrijke psychoactieve aspecten in verband met alcoholgebruik zijn onder meer dat mensen zich meer ontspannen voelen, dat zij meer risico's nemen, dat de probleemoplossende vermogens afnemen en dat het gevoel van macht gemakkelijk tot machogedrag aanleiding geeft. Dit alles maakt de kans groter dat geweldpleging ten aanzien van andere personen zich voordoet of dat materiële schade wordt veroorzaakt.

De persoon
Een tweede cluster van factoren situeert zich bij de persoon van de gebruiker. Het gaat hier over biologische en psychologische predisposities. Sommige personen zijn vlugger onder invloed dan anderen. Een klassiek voorbeeld in dit verband is een verminderde tolerantie ten aanzien van alcohol na een hersentrauma ten gevolge van een verkeersongeval. Een tweede voorbeeld is de zogenaamde pathologische roes. Dit komt zeer uitzonderlijk voor. Sommige mensen zijn zo gevoelig voor alcohol dat het gebruik van een zeer beperkte hoeveelheid aanleiding geeft tot een verwardheidstoestand, vaak gepaard gaande met impulsief gedrag waarvan men zich achteraf niet meer bewust is.
Op het vlak van psychologische predisposities geven wij ook enkele voorbeelden. Vermelden we vooraf dat bepaalde factoren, naast het mede doen ontstaan van gewelddadig gedrag, vooral invloed hebben op de escalatie van geïnitieerd gewelddadig gedrag.
Belangrijk zijn onder meer: de verwachting dat alcohol (eventueel sterke dranken) leidt tot geweld, een risicovolle levensstijl, impulsiviteit als karaktertrek of in het kader van verschillende psychische stoornissen. Ten slotte mogen we niet vergeten dat het hoofdprobleem soms is dat iemand primair gewelddadig is en dat alcoholgebruik betekent dat er olie op het vuur wordt gegoten.
Een verwijzing nog naar het samengaan van bepaalde psychische problemen en de toegenomen kans op gewelddadig gedrag. Het al dan niet aanwezig zijn van alcoholafhankelijkheid in combinatie met misbruik van andere drugs dan alcohol, een antisociale of een andere persoonlijkheidsstoornis, bepaalde psycho-organische stoornissen, dit alles kan aanleiding geven tot een cocktail met een verhoogd risico op gewelddadig gedrag. Vermelden we nog dat het de laatste tijd duidelijker is geworden dat niet alleen de hoofddiagnosen hierbij belangrijk zijn, maar bepaalde kenmerken van elke diagnostische categorie en ook kenmerken die eventueel over de diagnostische etiketten heen aanwezig

kunnen zijn. Denk maar aan impulsiviteit dat binnen verschillende psychische stoornissen te onderkennen is.

De context
Een derde belangrijke cluster van beïnvloedende factoren houdt verband met de context waarin welbepaalde mensen alcohol gebruiken. Wij onderscheiden hierbij nog twee deelcomponenten: ten eerste de drinksituatie en ten tweede de bredere socio-culturele context.

De drinksituatie
Over de drinksituatie zijn in recente studies de meest innovatieve gegevens aan het licht gekomen. Ook hier beperken wij ons tot enkele voorbeelden.
Het is gebleken dat de materiële kenmerken van de drinksituatie van belang zijn. Eenzelfde studie uitgevoerd in een laboratoriumsetting enerzijds en in een echt café anderzijds geven zeer verschillende resultaten op het vlak van het uitlokken van gewelddadig gedrag. Drinkgelegenheden met een beperkte ruimte bieden tot op zekere hoogte meer gezelligheid, maar als het er op aan komt ontstaat gemakkelijker geweld en escalatie van geweld. De openingsuren hebben vooral invloed op de graad van intoxicatie van het cliënteel, maar ook op het soort cliënteel dat aanwezig is. Een ander tot nu toe te weinig in rekening genomen factor is de aanwezigheid in de drinksituatie van andere personen onder invloed van alcohol en/of andere drugs. Vaak blijkt dat een slachtoffer van gewelddadig gedrag, dikwijls zelf onder invloed, een agressief incident bij de dader heeft uitgelokt.
Een ander belangrijk aspect van de drinksituatie is de verminderde sociale controle. Uit onderzoek blijkt dat in cafés waar de cafébaas zelf vaak onder invloed is, significant meer geweld ontstaat. In een dergelijke drinksituatie worden signalen gegeven in de zin van: 'hier mag meer dan elders'. Dit wordt 'time out' genoemd, zoals bestudeerd bijvoorbeeld op vakantiekampen voor jongeren. Tijdens een dergelijke 'time out' kan men letterlijk uit de bol gaan.
Hiermee willen wij illustreren dat gewelddadig gedrag onder invloed van alcohol niet te eng mag bekeken worden alsof enkel één individu in interactie is met één ander individu, maar dat het veeleer gaat om een keten van opeenvolgende gebeurtenissen met interacties tussen verschillende personen en niet alleen tussen de dader en het slachtoffer.

De bredere socio-culturele context
Ten slotte is er de bredere socio-culturele context. Uit antropologisch onderzoek is gebleken dat er zeer grote verschillen bestaan op het vlak van hoeveel alcohol door wie in welke omstandigheden kan worden gebruikt, hoe men zich gedraagt onder invloed van alcohol en hoe een welbepaalde samenleving omgaat met geweldmisdrijven onder invloed van alcohol.
De wijze waarop een samenleving gewelddadig gedrag onder invloed van alcohol vormgeeft gebeurt via formele en informele regelgevingen. De formele regelgeving loopt vooral via wetgeving en de officiële toepassing ervan. De informele regelgeving vindt zijn weg via subculturele normen en waarden.
Het betreft hier eens te meer boeiende en complexe aspecten die we enkel even hebben kunnen aanraken.

BELANG VOOR PREVENTIE EN HULPVERLENING

Het derde luik van onze bijdrage betreft het belang van dit alles voor preventie en hulpverlening. Preventieve en hulpverlenende programma's specifiek gericht op alcohol-gerelateerd geweld zijn zeldzaam. Toch gaat er recent meer aandacht naar wat effectief geacht wordt bij preventie en hulpverlening bij alcoholproblemen enerzijds in combinatie met wat effectief geacht wordt bij preventie en hulpverlening bij geweldmisdrijven anderzijds. Het gaat meestal nog over vrij partiële benaderingen die onvoldoende gericht zijn op de algehele verwevenheid van zeer diverse beïnvloedende factoren.

Daarbij komt nog het volgende. Er wordt terecht veel gezocht naar allerlei risicofactoren, maar er zijn ook factoren te onderkennen die mensen beletten over te gaan tot gewelddadig gedrag wanneer zij onder invloed van alcohol zijn. Die factoren werden echter weinig bestudeerd, alhoewel zij voor de preventie (vooral maar niet alleen) bij jongeren van zeer groot belang zijn.

BESLUIT

Er bestaat ongetwijfeld een positief verband tussen alcoholgebruik en gewelddadig gedrag. Alcoholgebruik is een medebepalende factor naast vele andere factoren, waarbij de drinksituatie de laatste tijd meer gewicht heeft gekregen. Het gaat trouwens in wezen niet over een geïsoleerd gebeuren, maar over het resultaat van een proces, met zeer verschillende voorbeschikkende, uitlokkende, escalerende en beschermende factoren. Er is meer bekend geraakt over dit complexe fenomeen, maar deze meerkennis werd tot nu toe onvoldoende vertaald naar specifiek gerichte preventie en hulpverlening.

REFERENTIES

Bonger, W. A., Dronkenschapsdelicten, van criminologisch standpunt bezien. *De Wegwijzer,* 18 (1915) 259-286.

Casselman, J., Alcoholgebruik en geweld. In: Kelk, C., Koenraadt, F., Mooij, A. W. M., *Harmonie in tegenspraak.* Gedragskundige en rechtsgeleerde opstellen over psychiatrie en tegenspraak. Arnhem, Gouda-Quint, 1990, 189-197.

Faulk, M., *Basic forensic psychiatry.* Oxford, Boston, Blackwell Scientific Publications, 1988.

Graham, K., Leonard, K. E., Room, R., Wild, T. C., Pihl, R. O., Bois, C., Single, E., Current directions in research in understanding and preventing intoxicated aggression. *Addiction,* 1998 (93), 5, 659-676.

Graham, K., West, P., Alcohol and crime: examining the link. In: Heather, N., Peters, T. J., Stockwell, T. (Ed.), *International Handbook of alcohol dependence and problems.* Chichester, New York, John Wiley & Sons, 2001, 439-470.

Gunn, J., Taylor, P. J. (Eds.), *Forensic psychiatry.* Clinical, legal and ethical issues. Oxford, Boston, Butterworth-Heinemann, 1995.

Knibbe, R. A., *Roes, Retoriek en ratio.* Een sociaal-epidemiologische standpuntbepaling ten aanzien van alcohol- en druggebruik. Inaugurale rede. Maastricht, Universiteit Maastricht, 2001.

Nörström, T., Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking, *Addiction,* 1998 (93), 5, 689-699.

Rossow, I., Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries, *Addiction,* 2001 (96) Suppl. 1, S77-S92.

Wild, T. C., Graham, K., Rehm, J., Blame and punishment for intoxicated aggression: when is the perpetrator culpable? *Addiction,* 1998 (93), 5, 677-687.

6. HULPVERLENING BIJ ALCOHOLPROBLEMEN: WELKE INTERVENTIES ZIJN EFFECTIEF?

Dr. Peter Geerlings
Hoofdgeneesheer-psychiater Jellinek
Universitair hoofddocent Universiteit Amsterdam

Alcoholverslaving of alcoholafhankelijkheid is een hersenaandoening met een neiging tot chroniciteit. Een interactie van verschillende factoren van biologische (onder andere genetische), psychische en sociaal-culturele aard veroorzaken alcoholverslaving.
Langdurig overmatig alcoholgebruik veroorzaakt neuroadaptieve veranderingen in de hersenen en in de leer- en geheugenprocessen. Deze neuroadaptieve veranderingen noemde men vroeger ook wel lichamelijke afhankelijkheid en ze berusten op een ingewikkelde interactie van de verslavende stof, omgevings- en gedragsfactoren.
Bij een behandeling van alcoholverslaving kan men verschillende fasen onderscheiden. In de eerste fase zal de aandacht meer gericht zijn op normalisering van de neuroadaptieve veranderingen en het motivationele systeem. De fase daarna, ook wel terugvalpreventie genoemd, is gericht op herstel van de opgetreden veranderingen in de leer- en geheugenprocessen bij verslaving en vervolgens op de behandeling van de psychiatrische comorbiditeit. De neurobiologische verklaring van terugval berust hoogstwaarschijnlijk niet op prikkeling van de belonings- of positieve bekrachtigingssystemen, maar op stimulatie van de glutamerge neuronale systemen in de hippocampus.
Vanuit de moderne inzichten in de neurobiologische en psychosociale mechanismen van alcoholverslaving zijn nieuwe behandelingen ontwikkeld, die ook effectief zijn gebleken.

INLEIDING

In Nederland zijn er op dit moment naar schatting 650.000 mensen van 15 jaar of ouder (5.2%) die dagelijks tenminste acht glazen bier, wijn of gedistilleerd drinken. Van hen drinkt ongeveer de helft (320.000) tenminste twaalf glazen alcoholhoudende drank per dag. Uit de NEMESIS-studie blijkt verder dat in Nederland 280.000 mensen (237.000 mannen en 43.000 vrouwen) voldoen aan de DSM-III-R diagnose alcoholafhankelijkheid en 260.000 mensen (211.000 mannen en 49.000 vrouwen) aan de DSM-III-R diagnose alcoholmisbruik
Alcoholverslaving wordt tegenwoordig gezien als een gedragsprobleem met als belangrijkste kenmerk de stoornis in de controle of beheersing van het alcoholgebruik met vaak een onbedwingbare behoefte of hunkering om alcoholhoudende drank te gebruiken, zelfs als dat ernstige nadelige gevolgen heeft voor de gebruiker. Een ander belangrijk kenmerk van alcoholverslaving is de neiging tot terugval ook na een succesvolle detoxificatie. Fysiologische verschijnselen zoals onthoudingsverschijnselen en tolerantie of lichamelijke afhankelijkheid, ook wel neuroadaptatie genoemd, kan de verslaving wel verergeren en is om die reden wel relevant voor de behandeling, doch is niet nodig voor de diagnose verslaving of afhankelijkheid.

Verslavingsgedrag of psychische afhankelijkheid kan men onderscheiden in verschillende fasen:

Initiatie van het verslavingsgedrag
Na inname van een verslavende stof treedt een verandering op in het subjectieve beleven en in het objectief waarneembare gedrag. Dit gedrag wordt positief bekrachtigd door prikkeling van de dopaminenerge/opioiderge neuronale systemen (beloningscentra) in het mesocortico-

limbische gebied van de hersenen en de nucleus accumbens en het vertrale tegmentale gebied.

Continuering van het gebruik
Verslavende stoffen blijken behalve op het dopaminesysteem nog op vele andere receptorsystemen effect te hebben.
Alcoholgebruik heeft effect op vele neurotransmittersystemen, onder andere het GABA-receptorsysteem, het NMDA- of glutamaatreceptorsysteem, de serotonine- of de 5-HT-receptorsystemen, het dopamine-, het noradrenerge en het opioïdreceptorsysteem.
Het effect van alcoholhoudende drank kan bij een individu sterk verschillen vanwege een verschillende gevoeligheid van de neurotransmittersystemen voor alcohol.
Bij de ene persoon zal vooral het dopamine- en noradrenerge systeem worden geactiveerd, waardoor zo iemand zich energieker zal voelen, een andere persoon zal meer de kick of euforie ervaren, wanneer het opioïde systeem wordt geactiveerd of voornamelijk misselijkheid ervaren als vooral het serotonerge (5-HT3) systeem wordt geactiveerd.
Voortdurende blootstelling aan verslavende stoffen leidt tot langdurige veranderingen in het mesocorticolimbische systeem in de hersenen, waardoor er een blijvende overgevoeligheid (sensibilisatie) ontstaat voor de effecten van verslavende stoffen en voor met het gebruik geassocieerde innerlijke en omgevingsstimuli (cues).
Verslavingsgedrag kan worden aangeleerd en gecontinueerd volgens klassieke en operante conditionering. Het systematisch koppelen van een stimulus bijvoorbeeld het drinken van een glas wijn en het opsteken van een sigaret, versterkt de behoefte aan een sigaret bij het drinken van een glas wijn.

Terugval naar verslavingsgedrag
Mechanismen van conditionering en sensibilisatie kunnen verklaren waarom ook na een succesvolle detoxificatie de kans op een terugval groot is, wanneer een verslaafde weer geconfronteerd wordt met triggers en cues, die aan het gebruik van de verslavende stof werden gekoppeld. De neurobiologische verklaring van terugval berust niet op prikkeling van het neuronale belonings- of positieve bekrachtigingssysteem, maar op stimulatie van de glutamaterge neuronale systemen in de hippocampus.
Deze onderzoekers vonden dat elektrische prikkeling van een gebied in de hippocampus: het ventrale sebiculum dat veel glutamaat bevat, resulteerde in terugval naar verslavingsgedrag bij ratten. Glutamaat behoort tot de exicatoire aminozuren en zou een rol spelen bij het activeren van herinneringen over ervaringen van 'high zijn' bij het blootstellen aan triggers of cues, die voorafgaan aan een terugval naar verslaving. Verschillende onderzoeken leggen ook een samenhang met stress en het daarbij vrijkomen van het corticotrophine hormoon in de centrale kernen van de amygdala als een andere factor bij het initiëren van een terugval.

Veranderingen in het subjectieve beleven: craving of hunkering
Craving of hunkering is de subjectieve ervaring van drang, sterke behoefte of verlangen, die een verslaafde vaak aanzet om een eerdere ervaring met een verslavende stof opnieuw te beleven en dan kan leiden tot hernieuwd gebruik. Het concept craving wordt door clinici, onderzoekers en verslaafden gezien als een belangrijke factor bij terugval. Dat betekent overigens niet dat craving altijd of zelfs maar in de meeste gevallen voorafgaat aan terugval.
Er zijn verschillende verklaringsmodellen voor craving. Bij alcohol zou een verstoring van het dopaminerge/opioïderge systeem gerelateerd zijn aan het familiaal voorkomen van alcoholisme. Dysfunctie van het serotonerge (5-HT) receptorsysteem kan zich manifesteren in gedragsinhibitie (impulsdestructief gedrag) en depressieve en angstsymptomen.

Medicamenteuze behandeling van verslaving
De medicamenteuze behandeling van verslaafden verschilt naar gelang de doelstelling en de fase van de behandeling. De eerste fase is de detoxificatiefase en is voornamelijk symptomatisch van karakter. Milde en matig ernstige onthoudingsverschijnselen kunnen het beste behandeld worden met behulp van een afbouwschema gedurende vijf dagen van

langwerkende benzodiazepines, zoals chloordiazepoxide en diazepam. Deze middelen zijn bovendien effectief bij het voorkomen en behandelen van een onthoudingsdelier en onthoudingsinsulten.

De detoxificatie wordt gevolgd door een behandeling met als doel terugvalpreventie. Bij alcoholverslaafden wordt in het kader van terugvalpreventie gebruikgemaakt van twee medicamenteuze strategieën: (a) vermindering van de hunkering naar alcohol door het voorschrijven van de opiaatantagonist naltrexon of de glutamaatmodulator acamprosaat en het induceren van een aversieve reactie bij het gebruik van alcohol door inname van disulfiram. Van disulfiram is tot op heden echter niet volledig duidelijk of en hoe effectief het middel is bij het bewerkstelligen van abstinentie. Bovendien kent het middel een aantal ernstige bijwerkingen, waardoor het beter niet kan worden voorgeschreven aan slecht gemotiveerde, impulsieve, psychotische of zelfdestructieve patiënten en waardoor het gecontraïndiceerd is bij patiënten met cardiovasculaire, neurologische of ernstige lever- en/of nierfunctiestoornissen.

EFFECTIEVE BEHANDELINGEN

Van deze groep interventies staat eigenlijk wel vast dat het gaat om een effectieve behandeling met tenminste een gunstig effect op de korte en middellange termijn. Dat wil overigens niet zeggen dat deze interventies voor alle alcoholverslaafden effectief zijn.

Acamprosaat
Op dit moment is acamprosaat onderzocht in 14 dubbelblinde, placebo-gecontroleerde studies met in totaal 3.500 patiënten, waarvan ongeveer de helft werd behandeld met het actieve middel. Een groot onderzoek met acamprosaat in de Verenigde Staten moet nog worden gepubliceerd. In 13 van de 14 studies bleek het gebruik van acamprosaat te leiden tot een lagere drop-out, langere periodes van totale abstinentie en een halvering van de kans op terugval Acamprosaat lijkt zonder problemen gecombineerd te kunnen worden met disulfiram of met benzodiazepines en leverfunctiestoornissen vormen geen contra-indicatie voor het gebruik. De enige thans bekende contra-indicatie is een ernstige stoornis in de nierfunctie.

Kortdurende interventies
Uit het vele gecontroleerde onderzoek dat naar de effectiviteit van minimale (1-3 sessies van 5-30 minuten) en kortdurende (3-8 sessies van 15-60 minuten) interventies gedaan is, komt duidelijk naar voor dat deze interventies uiterst effectief zijn bij overmatige of probleemdrinkers die via een bevolkingsonderzoek als zodanig waren geïdentificeerd, maar nog geen hulpvraag hadden en bij patiënten die zich bij de hulpverlening hadden gemeld met een nog maar kort bestaande of relatief lichte vorm van alcoholafhankelijkheid, waarbij bijvoorbeeld (nog) geen sprake is van ernstige schade aan het sociale netwerk of van bijkomende somatische en/of psychiatrische comorbiditeit. Bij dit alles dient men zich bovendien te realiseren dat er grote verschillen in duur, intensiteit en specifieke methoden bestaan tussen de verschillende kortdurende interventies. In het onderzoek naar de effectiviteit van minimale interventies in het kader van een bevolkingsonderzoek ging het in veel gevallen slechts om een korte inventarisatie van het huidige drinkgedrag en een kort advies, dat meestal werd gegeven door een verpleegkundige. In het onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende interventies bij patiënten die zich bij de hulpverlening hadden aangemeld ging het in de meeste gevallen om 3-5 sessies waarin gespecialiseerde hulpverleners, naast een uitgebreide inventarisatie van het alcoholgebruik en mogelijke alcoholgerelateerde klachten en problemen, adviezen gaven die in latere sessies op hun uitvoerbaarheid en effectiviteit werden geëvalueerd (feedback), terwijl in veel gevallen ook de partner bij de behandeling werd betrokken. Voor het gebruik van kortdurende interventies op de eerste lijn zijn aparte, goed uitvoerbare en volledig geprotocolleerde hulpverleningspakketten ontwikkeld met daarin onder andere korte aanwijzingen voor de arts en zijn of haar praktijkassistent en zelfhulpmateriaal voor de patiënt.

Socialevaardigheidstrainingen
Uit gecontroleerd onderzoek naar het effect van sociale vaardigheidstrainingen blijkt dat deze in het algemeen een gunstig effect hebben op het functioneren en op het drinkgedrag van de patiënt. Dit gunstige effect werd zowel aangetoond bij patiënten met lichte alcoholproblemen als bij patiënten met ernstige vormen van afhankelijkheid. Bij de bespreking van en het onderzoek naar socialevaardigheidstrainingen wordt meestal onderscheid gemaakt tussen algemene vaardigheidstrainingen, die als groepstherapie worden aangeboden en de verschillende vormen van 'cue exposure', die meestal als individuele therapie worden uitgevoerd. Bij algemene vaardigheidstrainingen gaat het vooral om algemene vormen van assertiviteitstraining, het leren weigeren van aangeboden alcoholhoudende consumpties, communicatietraining, conflicthantering en het opbouwen van een niet-verslaafd sociaal netwerk. Over de effectiviteit van deze interventies bestaat geen twijfel. Bovendien werd recentelijk aangetoond dat sociale-vaardigheidstrainingen, in tegenstelling tot veel andere interventies, effectief lijken te zijn bij de behandeling van alcoholisten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Cue exposure bestaat meestal uit 10 sessies van 45 minuten waarbij de patiënt achtereenvolgens leert om risicovolle situaties te herkennen, in gedachten wordt blootgesteld (exposed) aan deze situaties (cues) met zijn of haar favoriete drankje binnen bereik, maar zonder de mogelijkheid om daadwerkelijk te drinken en ten slotte cognitieve en gedragstherapeutische trainingen om beter om te kunnen gaan met de behoefte om te drinken in risicovolle situaties. Het wordt de patiënt sterk afgeraden om cue exposure oefeningen uit te voeren buiten de therapeutische setting. In enkele gecontroleerde studies die er tot nu toe zijn uitgevoerd komt cue exposure naar voren als een veelbelovende interventie die zowel ambulant als tijdens een opname in een verslavingskliniek kan worden uitgevoerd.

Gedragstherapeutische partnerrelatietherapie
Gedragstherapeutische partnerrelatietherapie (met een sterke nadruk op verandering van het drinkgedrag van de patiënt en verbetering van de relatie tussen de patiënt en zijn of haar partner) is de enige vorm van relatietherapie met een duidelijk aangetoonde effectiviteit. Het gaat daarbij vooral om oefeningen ter verbetering van de communicatie tussen de partners, om vergroting van de wederzijdse positieve waardering en om ondersteuning van de patiënt door de partner bij het doorvoeren van veranderingen in het drinkgedrag, bijvoorbeeld door controle op de inname van medicatie (disulfiram, acamprosaat of naltrexon). Voor het beantwoorden van de vraag voor welke patiënten gedragstherapeutische partnerrelatietherapie geïndiceerd is, beschikken we helaas nog niet over empirische gegevens.

Community Reinforcement Approach
De zogenaamde Community Reinforcement Approach (CRA) wordt door velen gezien als wellicht de meest effectieve interventie voor patiënten met langdurige en ernstige vormen van afhankelijkheid. Het uitgangspunt van de CRA is dat patiënten meer geneigd zijn hun drinkgedrag te veranderen naarmate daar meer waardering en bevrediging tegenover staat, er een betere kans op succes kan worden verwacht en er een bezorgde en zorgzame ander aanwezig is die ingeschakeld wordt bij het bereiken van de gestelde doelen. CRA kan zowel ambulant als klinisch worden uitgevoerd en bestaat uit een combinatie van specifieke interventies, waarvan de effectiviteit in gecontroleerd onderzoek is aangetoond: programma-onderdelen die kenmerkend zijn voor kortdurende interventies (functionele analyse van het drinkgedrag, evaluatie van korte periodes van abstinentie, zelfregistratie), gesuperviseerde inname van disulfiram, acamprosaat of naltrexon, socialevaardigheidstrainingen (assertiviteitstraining, communicatietraining, sollicitatietraining, vrijetijdstraining), gedrags-therapeutische partnerrelatietherapie en terugvalpreventie.

7. ALS DE ROOK OM JE HOOFD IS VERDWENEN

Johan Rosiers,
Stafmedewerker studie en onderzoek
VAD

In de zomer van 2001 onderzocht VAD hoe hulpverleners uit de verslavingszorg het verband percipiëren tussen nicotinegebruik en het gebruik van alcohol en/of illegale drugs. De bedoeling van het onderzoek was om, voortbouwend op Amerikaans onderzoek, na te gaan hoe de houding van hulpverleners uit de verslavingszorg inzake roken en alcoholgebruik in verband staat met het werken aan een rookstop bij de cliënten en hoe het tabaks- en alcoholgebruik zelf een invloed heeft op deze relatie. We wilden toetsen of de bevindingen uit Amerikaans onderzoek ook in een Vlaamse situatie kunnen worden bevestigd.
Om dit uit te klaren zochten we een antwoord op twee kernvragen:

- hoe staan hulpverleners tegenover het invoeren van rookstopprogramma's in hun setting?
- hoe beïnvloedt het rook- en drinkgedrag van de hulpverleners hun houding tegenover het invoeren van rookstopmodules?

BEVINDINGEN UIT BUITENLANDS ONDERZOEK

De gevonden onderzoeksresultaten situeren zich voornamelijk in Amerikaanse hulpverleningssettings, maar de resultaten van Zwitserse en Franse onderzoeken sluiten hierbij aan. We zetten ze even op een rijtje.
Onderzoek bij cliënten in de alcohol- en drughulpverlening toont aan dat het aandeel rokers veel hoger ligt dan in de doorsnee volwassen bevolking. Dit is deels te wijten aan de sterke samenhang tussen het gebruik van alcohol en nicotine. Deze relatie tussen alcoholgebruik en tabaksgebruik is een complicerend gegeven voor de hulpverlening. Alcoholgebruik verhoogt de kans dat mensen die gestopt zijn met roken hervallen in hun rookgewoonten. Bovendien zijn tabaksgerelaterde ziekten een voorname doodsoorzaak voor mensen die in behandeling zijn voor een alcoholprobleem.
Onderzoeksresultaten laten zien dat veel rokende cliënten die voor hun alcohol- en/of drugproblemen in behandeling zijn zowel de nadelen van het roken als de voordelen van stoppen met roken erkennen. Een groot deel is bereid zich te laten behandelen voor hun nicotineafhankelijkheid, vooral als de behandeling van het alcohol- of drugprobleem in een gevorderd stadium zit. Maar hoe staan de hulpverleners hier tegenover? De Amerikaanse onderzoeken wijzen uit dat er onder de hulpverleners niet al te veel bereidheid is om cliënten aan te zetten om met roken te stoppen. Er wordt zelfs gesproken van het onder de hulpverleners heersende 'dogma' dat nicotineafhankelijkheid veel minder erg is dan andere afhankelijkheidsproblematieken. De alcoholstatus en vooral de rookstatus van de hulpverlener blijkt een rol te spelen in de bereidheid om cliënten aan te zetten tot een rookstop. Matig drinkende en vooral niet-rokende hulpverleners geven een sterkere bereidheid aan om met cliënten te werken aan hun rookafhankelijkheid.

METHODOLOGISCHE AANPAK

De onderzoeksdata werden verzameld aan de hand van een gestructureerde, zelf in te vullen vragenlijst. Deze was gebaseerd op vragenlijsten die Amerikaanse onderzoekers reeds gebruikten voor soortgelijk onderzoek. Achttien items werden bevraagd aan de hand van multiple-choicevragen: twee items gingen over de hulpverleningssetting, één item

bepaalde het geslacht van de respondent, vijf items gingen over roken en rookbeleid in de setting, vier items over de persoonlijke attitude tegenover alcohol en roken, drie items over de houding tegenover rookstopprogramma's en 3 items polsten de respondent naar de perceptie van het verband tussen alcohol, illegale drugs en nicotine. Ten slotte was voldoende ruimte voorzien voor aanvullende bemerkingen.
De respondenten namen vrijwillig deel aan het onderzoek. Het enige selectiecriterium was dat de repondent hulpverlener is in één van de geselecteerde Vlaamse voorzieningen. Dit maakt dat we geen representativiteit nastreefden. Het is dan ook niet aan te tonen in welke mate de resultaten opgaan voor de hele groep hulpverleners in Vlaanderen. Het gaat om een eerste verkennend onderzoek dat, gezien de steekproefgrootte, als indicatief kan worden beschouwd.

DE ONDERZOEKSRESULTATEN

Vijf vragenlijsten en een begeleidende brief werden per post verstuurd naar 269 Vlaamse voorzieningen die werken rond verslavingszorg. In totaal stuurden 399 hulpverleners hun ingevulde vragenlijsten terug. Het gaat om 237 vrouwen (59.4%) en 162 mannen (40.6%). 230 respondenten werken in een residentiële hulpverleningssetting, 155 in een ambulante setting en 14 in beide settings. De grootste groep respondenten geeft aan zowel met mensen met alcoholproblemen als met personen met illegaledrugproblemen te werken.

Rook- en drinkgedrag respondenten
39.8% van de respondenten heeft nooit gerookt en 26.0% is er mee gestopt. Dat maakt dat op het moment van afname bijna twee derde van de bevraagde hulpverleners niet rookt. 34.2% van de bevraagde hulpverleners geeft aan te roken op het moment van afname, wat qua grootteorde grosso modo overeenkomt met het gemiddelde voor de Belgische volwassen populatie. De meeste rokers gebruiken gemiddeld 6 tot 20 sigaretten per dag.
Het alcoholgebruik van de respondenten ligt eerder aan de lage kant. 57.8% geeft aan minder dan 5 glazen per week te drinken, voor 25.4% ligt dit tussen 5 en 10 glazen, voor 9.9% tussen 11 en 15 glazen. 4.8% drinkt tussen 16 en 20 glazen alcohol per week, 1.5% tussen 21 en 30 glazen en telkens 0.3% tussen 31 en 40 glazen en meer dan 40 glazen.
In de onderzoekspopulatie is er een verband tussen de rookstatus en de gebruikte hoeveelheid alcohol: niet-rokers geven een beperkter alcoholgebruik aan dan rokers (χ^2 = 13.031; df = 6; p = .043).

Roken en rookbeleid in de settings
89.0% van de hulpverleners schat het aandeel rokers onder de cliënten op het ogenblik van de bevraging op minstens driekwart. Zeven op tien respondenten stellen dat dit in hun setting geen ongewoon hoog aandeel is. Het aandeel rokers in de participerende Vlaamse hulpverleningssettings ligt dus vermoedelijk een stuk boven het algemeen gemiddelde in België.
91.4% van de drughulpverleners geven aan dat er in hun werking regels over roken gelden voor mensen die in behandeling zijn voor alcohol- en/of drugproblemen. In residentiële settings wordt iets meer met regels gewerkt dan in ambulante settings. 83.1% van de bevraagde hulpverleners stelt dat de cliënten deze regels respecteren.

Houding hulpverleners ten aanzien van werken aan een rookstop bij cliënten
Aan de hand van twee vragen werd bij de hulpverleners gepolst in welke mate zij een cliënt zouden aanzetten om te stoppen met roken. 57.4% van de respondenten vindt het nooit aangewezen dat iemand die in behandeling is voor alcohol- of drugproblemen zou stoppen met roken. Op de vraag wanneer zij iemand in behandeling zouden aanzetten om te stoppen met roken, antwoordt zelfs 79.5% met 'nooit'.

Vervolgens gaan we na of de alcohol- en rookstatus een invloed heeft op de houding tegenover het aanzetten van de cliënten om te stoppen met roken. Uit de Amerikaanse onderzoeken bleek immers dat er een significant verband bestond tussen deze status en de houding: zowel matig drinkende als niet-rokende hulpverleners gaven significant meer aan te willen werken aan het stoppen met roken bij de cliënten.

Uit tabel 1 blijkt dat men in de Vlaamse onderzoekspopulatie niet kan spreken van een significant verband tussen de drinkstatus en het daadwerkelijk aanzetten om te stoppen met roken. Alhoewel onder de respondenten die gemiddeld minder dan vijf glazen alcohol per week drinken een iets grotere bereidheid is om dit te doen, kan niet algemeen worden gesteld dat de houding van de hulpverlener in deze samenhangt met de gemiddelde alcoholconsumptie. De chi²-toets geeft een veel te hoge overschrijdingskans (p = .661).

Tabel 1

		Gemiddelde alcoholconsumptie per week (aantal glazen)				
		< 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	> 20
Cliënt daadwerkelijk aanzetten om te stoppen met roken	Ooit	23.3%	16.7%	17.1%	16.7%	14.3%
	Nooit	76.7%	83.3%	82.9%	83.3%	85.7%

$\chi^2 = 2.411$; df = 4; p = .661

De in de internationale literatuur gevonden stelling dat ook de alcoholstatus een invloed heeft op de bereidheid kan ook niet worden aangetoond.

Tabel 2 toont dat, ondanks het feit dat iets meer niet-rokende hulpverleners aangeven dit te zullen doen, er in onze onderzoekspopulatie evenmin sprake is van een significant verband tussen de actuele rookstatus en het daadwerkelijk aanzetten van de cliënten om te stoppen met roken. De chi²-toets geeft een te hoge overschrijdingskans (p = .248).

Tabel 2

		Huidige rookstatus	
		Niet-roker	Roker
Cliënt daadwerkelijk aanzetten om te stoppen met roken	Ooit	22.6%	17.5%
	Nooit	77.4%	82.5%

$\chi^2 = 1.337$; df = 1; p = .248

Als we evenwel kijken naar de relatie tussen rookstatus en het in de eigen werking willen integreren van een bestaand rookstopprogramma, blijkt dat er wel een significant verband kan worden aangetoond (tabel 3). De actuele rookstatus (roker/niet-roker) bepaalt mee de mate waarin een rookstopprogramma effectief zou worden ingevoerd: niet-rokers geven sterker aan dit (eerder) wel te zullen doen dan rokers (64.0% versus 50.0%, bij p = .006). Vooral de grotere bereidheid bij niet-rokers om het zeker te doen springt in het oog.

Tabel 3

		Huidige rookstatus	
		Niet-roker	Roker
Zou respondent een ontwikkeld rookstop-programma in de eigen werking inte-greren?	Zeker	24.5%	9.7%
	Waarschijnlijk	39.5%	40.3%
	Geen verschil	13.0%	16.4%
	Waarschijnlijk niet	20.6%	29.1%
	Zeker niet	2.4%	4.5%

$\chi^2 = 14.60$; df = 4; p = .006

De hulpverleners blijken dus eerder bereid om aan de rookstop van de cliënten te werken als er een rookstopprogramma is ontwikkeld. Dit zou erop kunnen wijzen dat een aan de verslavingszorg aangepast rookstopprogramma bij de hulpverleners een aantal drempels zou kunnen wegnemen. Maar dit kan ook te wijten zijn aan de vraagstelling. De eerste vraag is meer direct op de eigen hulpverleningssituatie gericht, de tweede eerder op de bereidheid in een hypothetische situatie

Hoe schatten de hulpverleners de slaagkansen van de cliënt in?
De overgrote meerderheid van de hulpverleners (81.5%) dicht rokende cliënten evenveel succeskansen toe in de behandeling van hun alcohol- en/of drugprobleem als niet-rokende cliënten. De in Amerikaanse onderzoeken gevonden verbanden tussen respectievelijk drinkstatus en rookstatus van de hulpverlener enerzijds en inschatting van de succeskansen anderzijds kunnen in ons onderzoek niet worden bevestigd. Enkel als we de populatie indelen naar geslacht zien we dat bij vrouwen, in tegenstelling tot bij mannen, een significant verband bestaat tussen de rookstatus en de inschatting van de slaagkansen ($\chi = 6.345$; df = 2; p = .042).
Anderzijds wordt de hypothese uit Amerikaanse onderzoeken, dat hulpverleners vinden dat het voor alcohol- of druggebruikers moeilijker is om te stoppen met roken dan voor niet-gebruikers, wel bevestigd. 73.3% van de bevraagde hulpverleners geven alcohol- of druggebruikers minder kans om te stoppen met roken dan niet-gebruikers. Tabel 4 toont dat de rookstatus van de respondenten een rol speelt in de positionering: niet-rokende respondenten geven sterker te kennen dat alcohol- of druggebruikers moeilijker zouden kunnen stoppen met roken dan rokende respondenten (80.2% versus 60.4%, bij p < 001). Rokende hulpverleners stellen vaker dat er geen verschil is tussen beide populaties.

Tabel 4

	Niet-roker		Roker	
Meer moeite om te stoppen[1]	n	%	n	%
Zeker	67	26.5	20	14.9
Waarschijnlijk	136	53.8	61	45.5
Geen verschil	31	12.3	41	30.6
Waarschijnlijk niet	17	6.7	9	6.7
Zeker niet	2	0.8	3	2.2

$\chi^2 = 23.64$; df = 4; $p < .001$

BESLUIT

Een aantal bevindingen uit internationaal onderzoek kunnen in een Vlaamse hulpverleningscontext worden bevestigd, de meeste andere kunnen niet worden aangetoond. De stelling dat significant meer niet-rokende hulpverleners ooit hun cliënten zouden aanzetten om met roken te stoppen, kan niet worden bevestigd. Ook de alcoholstatus speelt geen beduidende rol in het al dan niet ooit aanzetten van de cliënt om te stoppen met roken. Hoe dan ook is de meerderheid van de bevraagde hulpverleners van oordeel dat er geen aangewezen moment is om tijdens de behandeling van het alcohol- en/of drugprobleem te stoppen met roken. Anderzijds blijkt dat er wel een significant verband is tussen de huidige rookstatus en de mate waarin de hulpverleners zich bereid verklaren een uitgewerkt rookstopprogramma in de werking te integreren. Dit kan erop wijzen dat hulpverleners eerder geneigd zijn een rookstopprogramma te integreren als dit kant-en-klaar voorhanden is.

Hulpverleners die niet (meer) roken, denken wel vaker dat personen met alcoholproblemen het moeilijker hebben om te stoppen met roken. Een statistisch significant verband tussen de huidige rookstatus en deze inschatting kan worden aangetoond. Een 'omgekeerde' redenering kan niet worden gestaafd: de meeste hulpverleners, zowel rokende als niet-rokende, zien geen verschil tussen rokende en niet-rokende cliënten inzake slaagkansen in de gevolgde behandeling van alcohol- en/of drugproblemen. Er is geen significant verband tussen huidige rookstatus en inschatting van slaagkansen.

Er is alleszins nood aan meer aandacht voor de relatie tussen roken en alcohol- en druggebruik. Uit de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging en voorliggend onderzoek blijkt dat er sprake is van een samenhang tussen enerzijds gebruik van alcohol- en/of andere drugs en anderzijds roken. Gezien het feit dat het samengaan van roken en het gebruik van een andere drug risicoverhogend werkt en dat het invoeren van een rookstopbeleid voor cliënten met alcohol- en/of drugproblemen deels mee bepaald wordt door de rookstatus van de stafleden uit de hulpverlening, verdient verder onderzoek naar de invloed van roken in een behandelingssetting de nodige aandacht.
In het VAD-onderzoek werden een aantal aspecten bij hulpverleners onderzocht, wat enkele aandachtspunten hielp uitklaren. Maar er is ook nood aan bijkomend onderzoek naar het gecombineerd gebruik van enerzijds alcohol en/of drugs en anderzijds roken bij cliënten in

[1] De vraag luidde: denkt u dat het globaal genomen moeilijker is voor een alcohol- en/of druggebruiker om te stoppen met roken dan voor een niet-gebruiker?

de verslavingszorg. Dit onderzoek was maar een eerste puzzelstuk. Verder onderzoek, bij voorkeur in een meer praktijkgericht kader, kan nieuwe inzichten opleveren. Longitudinaal onderzoek in een setting waar een parallel rookstopprogramma wordt ingevoerd, kan een interessante piste zijn.

REFERENTIES

Baljit, S.G. (2000)
Addiction professionals' attitudes regarding treatment of nicotine dependence. In: *Journal of Substance Abuse Treatment* 19: 317-318.

Batel, P., Pessione, F., Maitre, C., Rueff, B. (1995)
Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. In: *Addiction* 90 (7): 977-980.

Bobo, J.K., Davis, C.M. (1993)
Recovering staff and smoking in chemical dependency programs in rural Nebraska. In: *Journal of Substance Abuse Treatment* (10): 221-227.

Bobo, J.K., Gilchrist, L.D. (1983)
Urging the alcoholic client to quit smoking cigarettes. In: *Addictive Behaviors* (8): 297-305.

Hurt, R.D., Croghan, I.T., Offord, K.P., Gomez-Dahl, L., Eberman K.M., Morse, R.M. (1996)
Attitudes toward nicotine dependence among chemical dependency unit staff – Before and after a smoking cessation trial. In: *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(4): 247-252.

Hurt, R.D., Offord, K.P., Croghan, I.T., Gomez-Dahl, L., Kottke, T.E., Morse, R.M., Melton III, L.J. (1996)
Mortality following inpatient addictions treatment. In: *Journal of the American Association* (275): 1097-1103.

Zullino, D., Besson, J. Schnyder, C. (2000)
Stage of change of cigarette smoking in alcohol-dependent patients. In: *European Addiction Research* 6(2): 84-90.

8. WORKSHOP 1: IEDEREEN BOB?

Een debat met:
- *Miran Scheers*
  Hoofd Afdeling Onderzoek en Advies, BIVV, Brussel
- *Bart Vancleuvenbergen*
  Hoofdcommissaris, WODCA-coördinator, Politie Brasschaat
- *Luc De Bauw,*
  Secretaris-generaal, Federatie HoReCa Vlaanderen, Brussel
- *Jos Ansoms*
  Volksvertegenwoordiger, Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel
- *Joeri de Brouwer*
  Kabinetsmedewerker van minister Steve Stevaert, Vlaams minister van Mobiliteit, Brussel
- *Koen D'Haenens*
  Kabinetsmedewerker van minister Marc Verwilghen, minister van Justitie, Brussel

Moderator: Kris Smet, VRT

Tijdens de workshop 'Iedereen Bob?' gaven de verschillende sprekers hun standpunt over een totaalverbod op alcohol achter het stuur. Wat zijn de argumenten pro en contra een verlaging van 0,5 promille naar 0,0 promille? Wie is voor en wie is tegen? Welk beleid wordt er gevoerd?
Alvorens in te gaan op de standpunten en het debat vermelden we een aantal cijfers die door verschillende sprekers naar voor werden gebracht.

DE HARDE CIJFERS

Volgens de officiële ongevallenstatistieken is 8.5% (4.168) van alle letselongevallen in 2000 veroorzaakt door alcoholgebruik, terwijl 10.2% van alle ongevallen met doden of ernstig gewonden alcoholgerelateerd zijn (Nationaal Instituut voor de Statistiek, Belgisch Instituut Voor Verkeersveiligheid). Nog volgens de officiële statistieken vielen er 97 doden (30 dagen), 1.090 ernstig gewonden en 5.047 licht gewonden veroorzaakt door alcoholgebruik. 7.7% van alle bestuurders van personenwagens, betrokken in een ongeval met minstens één dode of ernstig gewonde weggebruiker, was onder invloed van alcohol of een andere drug.
Het gaat hier om een onderschatting: zo is het afnemen van een ademtest na een ongeval eerder uitzonderlijk dan wel de algemene regel en is het in een aantal gevallen niet mogelijk om bij de slachtoffers een alcoholtest af te nemen (als ze reeds afgevoerd zijn naar het ziekenhuis).
In de 'Belgian Toxicology and Trauma Study' (1996) stelde men vast dat 28% van alle bestuurders, opgenomen op de dienst spoedgevallen na een verkeersongeval, boven de wettelijke limiet (0,5 promille) zat. Tijdens de weekendopdrachten loopt dit op tot meer dan 50%. Op Europees vlak (1995) wordt geschat dat 19% van alle ongevallen en 22% van alle ernstig gewonden of doden te wijten is aan alcoholgebruik.
Internationaal wordt aanvaard dat alcohol een rol speelt bij 30 à 40% van alle letselongevallen.

Het terugdringen van het aantal verkeersongevallen onder invloed van alcohol is dus de grote uitdaging voor het verkeersveiligheidsbeleid.

DE STANDPUNTEN

Miran Scheers, Hoofd Afdeling Onderzoek en Advies, BIVV, Brussel
Een volledig wettelijk alcoholverbod bij het besturen van een voertuig zou zeker leiden tot een betere verkeersveiligheid. Maar alleen wanneer aan twee voorwaarden wordt voldaan, namelijk een algemene maatschappelijke acceptatie van deze norm en een doeltreffend handhavingsbeleid.

- het drinken van alcohol is maatschappelijk ingeburgerd. Dit doet het vermoeden rijzen dat het maatschappelijk draagvlak voor een grens van 0,0 promille beperkt is, wat de afdwingbaarheid van de maatregel in het gedrang brengt. Indien men bovendien voor een lichte overschrijding van de nullimiet lichtere straffen zou voorzien dan de huidige, dan zou dit wel eens tot een banalisering van de overtreding kunnen leiden.
- ten tweede is de pakkans in België zeer laag. Te laag zelfs om de huidige wettelijke limiet van 0,5 promille te handhaven. Het invoeren van de 0,0 promillegrens in dergelijke omstandigheden zou wel eens een averechts effect kunnen hebben. De beschikbare capaciteit zou dan moeten ingezet worden voor een grotere groep overtreders, waardoor de aandacht voor de gevaarlijkste groepen overtreders dreigt te verzwakken.

Vooraleer te debatteren over nieuwe regels of limieten lijkt het dan ook aangewezen om eerst de afdwingbaarheid van de huidige regels te garanderen en te komen tot een efficiënt en doeltreffend handhavingsbeleid.

Tot op heden krijgt verkeersveiligheid de laagste prioriteit. Er is onvoldoende beschikbaar personeel en middelen om te komen tot een efficiënt en effectief handhavingsbeleid. Zelfs tijdens de gebruikelijke eindejaarscampagne is het voor sommige korpsen niet meer mogelijk voldoende personeel in te zetten. De cijfers liegen er niet om: in 1995 werden er 100.992 ademtesten afgenomen tijdens de eindejaarscampagne. Vorig jaar bedroeg dit aantal nog 51.399 ademtesten.

Zonder de verhoging van de pakkans staan we nergens. Meer controles, niet alleen tijdens weekendnachten, maar ook tijdens de week en overdag zijn nodig. Teneinde de effectiviteit van deze controles te verhogen is ook het opdrijven van de subjectieve pakkans belangrijk. Enerzijds door in de media te communiceren over de controles en de zichtbaarheid ervan te verhogen, anderzijds door een effectieve handhavingsstrategie en organisatie toe te passen.

Het is immers de handhavingsstrategie die bepalend is voor de effectiviteit van het rijden onder invloed. Deze strategie bestaat erin om iedereen die tegengehouden wordt ook te doen blazen. We noemen dit aselecte controles. Het feit dat politiediensten selectief te werk gaan ondermijnt immers de subjectieve pakkans. Een recente Europese Studie (1999) toonde aan dat landen die de 'Random Breath Testing'-methode toepassen (aselecte alcoholcontroles op grote schaal), zoals Australië en Finland waar respectievelijk 33% en 40% van alle bestuurders jaarlijks op alcohol wordt gecontroleerd, het best scoren (In Finland rijdt slechts 0,2% van de bestuurders onder invloed van alcohol).
Naast de pakkans is ook de strafkans determinerend voor een doeltreffend handhavingsbeleid. Een eenvormig vervolgingsbeleid en een effectief sanctioneringsbeleid mogen in de discussie dus zeker niet ontbreken.

Ten slotte zal de combinatie met sensibilisering een groter effect sorteren. De BOB-campagne heeft in dit verband zijn succes al bewezen.

Bart Vancleuvenbergen, hoofdcommissaris, WODCA-coördinator, Politie Brasschaat
In 1994 werd naar aanleiding van het hoge aantal weekendongevallen met gewonden en doden tussen 18 en 30 jaar in de provincie Antwerpen een grootschalige campagne opgezet

tegen weekendongevallen. Deze campagne kreeg de naam WODCA, Weekendongevallen Door Controle Aanpakken. Tijdens de weekends werden grootschalige verkeerscontroles (alcohol- en snelheidsovertredingen) opgezet in de provincie. Omwille van hun succes werden, mede door steun van de media, deze campagnes bestendigd. De campagne heeft zowel een preventief, repressief als een wetenschappelijk karakter en leidde tot een daling van het aantal weekendongevallen in Antwerpen met 40%.

Vanuit de ervaring met de WODCA-campagne kunnen een aantal tegenargumenten voor een 0,0 promillegrens geformuleerd worden:

- 0,5 promille is een Europese richtlijn (wel eventueel een 0,2 promillegrens installeren voor jonge bestuurders tijdens de 'rijstageperiode')
- het maatschappelijk draagvlak ontbreekt voor een 0,0 promillegrens (bourgondisch België)
- de huidige norm wordt niet gerespecteerd
- er is geen uniform objectief handhavingsbeleid
- capaciteitsprobleem om een goede pakkans te realiseren via aselecte controles
- realiteitsprobleem (het verkrijgen van een bepaald alcoholpromille door het eten/drinken van bepaalde niet-alcoholische producten, zoals het eten van een martino, het drinken van fruitsap)
- de 0,5 promillegrens is wetenschappelijk onderbouwd

Vanuit dit standpunt komt men tot de volgende voorstellen:

- verkeer als prioritaire beleidskrachtlijn opleggen
- preventie en sensibilisering is zeer belangrijk
- opdrijven van de pakkans, aselecte controles, verplichte alcoholtest bij ongevallen en een uniform handhavingsbeleid
- gecombineerd met andere ongevalfactoren zoals snelheid en gordeldracht (39% van wie onder invloed rijdt draagt zijn gordel niet)
- de politie moet dit als een prioriteit beschouwen zeker vanwege het hoge dodental in het verkeer

Luc De Bauw, secretaris-generaal Federatie HoReCa Vlaanderen, Brussel
Ook de Federatie HoReCa Vlaanderen geeft aan dat er geen maatschappelijk draagvlak is voor een nultolerantie in het verkeer. De nultolerantie betekent penalisering van de consument.

De horeca heeft reeds veel inspanningen gedaan ten aanzien van alcohol en het verkeer. Heel wat horecazaken hebben een alcoholmeter ter beschikking zodat de klanten zich veilig in het verkeer kunnen begeven. Ze waren en zijn ook een actieve actor in de BOB-campagne. De BOB-campagne heeft in de praktijk veel succes en krijgt navolging op Europees vlak.
Toch moet men de rol van de horeca niet te sterk uitvergroten. Eigenlijk is de horeca maar een kleine speler in het verbruik van alcohol. De meeste mensen drinken thuis. Toch wil de horeca zijn verantwoordelijkheid niet ontlopen en actief deelnemen aan dit debat.

Jos Ansoms, volksvertegenwoordiger, Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel
Tot 1958 bestond er geen alcoholpromille. Toen werd de 1,5 promille ingevoerd. Deze daalde in 1973 verder naar 0,8 promille en in 1991 naar 0,5 promille.
Het is echter irrelevant om nu de 0,0 promille in te voeren omwille van volgende argumenten:

- er is geen maatschappelijk draagvlak voor
- wetenschappelijk onderzoek heeft uitgemaakt dat het veiligheidsrisico met betrekking tot alcohol in het verkeer begint vanaf 0,2 à 0,3 promille. Het is vanuit veiligheidsoogpunt dus irrelevant om de 0,0 promille in te voeren.

- er is op Europees niveau een geleidelijke harmonisering tussen de lidstaten bezig naar een promille van 0,5

Belangrijker is de daadwerkelijke handhaving van de bestaande regels door politie en justitie. De daadwerkelijk uitgevoerde controles op jaarbasis zijn onvoldoende om er een ontradend effect van te laten uitgaan (150.000 controles per jaar op ongeveer 7 miljoen bestuurders). Daarbij moeten deze controles op alle tijdstippen en plaatsen gebeuren, zowel in de week als in de weekends.

Het is van belang eerst de 0,5 promille echt te handhaven, dus eerst politie en justitie uit te rusten voor de taak van verkeershandhaving. Waar in de nabije toekomst wel aan gedacht kan worden is een daling van het toegelaten promille naar 0,2 promille voor bestuurders in de eerste periode na het behalen van het rijbewijs. Alcohol heeft namelijk bij jongeren een groter effect op hun (rij)gedrag.

Er moet gestreefd worden naar een integrale aanpak waarin sensibilisering, preventie en ernstige handhaving samengaan.

Joeri de Brouwer, kabinetsmedewerker van minister Steve Stevaert, Vlaams minister van Mobiliteit, Brussel
De nultolerantie is de enige duidelijke manier om het hoge aantal dodelijke ongevallen, veroorzaakt door dronken chauffeurs, tegen te gaan. De boodschap naar de bestuurders is veel duidelijker wanneer men aangeeft dat drinken en rijden totaal niet samengaan. De discussie over hoeveel je nu eigenlijk mag drinken, rekening houdend met individuele verschillen door lichaamsgewicht of geslacht, vooraleer in de auto te stappen is niet meer aan de orde.

Naar analogie met landen als Zweden en Noorwegen kan de grens gelegd worden op 0,1 of 0,2 promille om technische problemen bij controles tegen te gaan. Ook de pakkans moet verhogen. In België is de pakkans slechts 1 op 28. Ter vergelijking: in Zweden is dit 1 op 5 en in Finland is dit zelfs 2 op 5. De controles mogen zich niet beperken tot bepaalde periodes of tijdstippen.

Koen D'Haenens, kabinetsmedewerker van minister Marc Verwilghen, minister van Justitie, Brussel
Elk verkeersslachtoffer is en blijft er één te veel. Zeker wanneer we vaststellen dat verkeersongevallen bij jongvolwassenen nog steeds de voornaamste doodsoorzaak zijn. Uit de evolutie van de cijfers blijkt dat we er wat kunnen aan doen. De federale regering neemt daarom het engagement op om het aantal verkeersdoden en zwaargewonden te reduceren. (binnen 5 jaar een daling van 33%, in 2010 een daling van 50%).

Minister van Justitie, Marc Verwilghen, is reeds lang voorstander van een zerotolerantie over de hele lijn voor wie zich in het verkeer begeeft. Wie een voertuig bestuurt moet de consequenties er van kunnen inschatten. Gezien naast alcohol ook drugs en medicatie een nadelige invloed hebben op het rijgedrag, de waarneming, de oog-handcoördinatie, de waakzaamheid en de tracking, kan het niet getolereerd worden dat iemand onder invloed van deze stoffen zich in het verkeer begeeft.

Effecten op het rijgedrag verschillen naargelang men zich bevindt in de absorptiefase of de eliminatiefase van de inname. Er bestaan nog te weinig wetenschappelijke gegevens over het juiste verschil inzake de invloed op het rijgedrag naargelang de fase waarin men zich bevindt. Dat is bovendien één van de redenen waarom ook geen drempel kan worden aangewezen waaronder de effecten op de rijvaardigheid niet spelen. Vandaar dat de minister van Justitie kiest voor zekerheid.

De wettelijk toegestane alcohollimiet van 0,5 promille is te hoog en achterhaald. Volgens de bestaande voorlichtingscampagnes zou de limiet met drie glazen al bereikt zijn. Een in Nederland gevoerd onderzoek geeft aan dat het menselijk lichaam steeds beter tegen alcohol kan en dat vele automobilisten zelfs bij consumptie van meer dan drie glazen onder de wettelijke limiet van 0,5 promille blijven en aldus door de politiecontrole kunnen glippen.
Uit de literatuur is bekend dat tussen 0,0 en 0,5 promille het gezichtsvermogen terugloopt, het reactievermogen afneemt, het gevoel van afstand ontbreekt en de stemming verandert. Het risico op een ongeluk neemt bovendien met 50% toe.

Tot op heden zijn in België lang niet alle voorwaarden voor een efficiënt handhavingsbeleid met betrekking tot verkeer - en dus ook met betrekking tot rijden onder invloed - vervuld. De meeste acties tegen rijden onder invloed worden eerder ad hoc georganiseerd. Enkele omzendbrieven hebben geleid tot een uniformer vervolgingsbeleid van de verschillende parketten. Nochtans kan het nog veel beter.
De federale regering kondigt een aantal belangrijke maatregelen aan in de strijd tegen alcohol en illegale drugs in het verkeer.

DISCUSSIE

Tijdens het debat klaagden een aantal politiecommissarissen het tekort aan mankracht en middelen aan om een hogere pakkans te realiseren. Daarbij komt nog eens de administratieve rompslomp waardoor het personeel weggetrokken wordt van het echte veldwerk. De procedure bij controle (bloedproef, administratie) en de technische afhandeling is vrij arbeidsintensief. Bij invoering van 0,0 promille zou er een overspoeling zijn van overtreders. Naast het capaciteitsprobleem is er ook het probleem van de organisatie. Om continue controles te realiseren moet er coördinatie zijn tussen verschillende korpsen. De coördinatie hangt nu af van de goodwill van de politiecommissarissen.

Door de laatste politiehervorming zijn er verkeerde prioriteiten gelegd en is er bijna geen aandacht gegaan naar verkeersveiligheid. Er moeten politiemensen vrijgemaakt worden die uitsluitend en alleen met de verkeershandhaving bezig zijn. Momenteel is er reeds een eenheid verkeerspolitie, maar die opereert alleen op de autosnelwegen. Daarenboven zijn de bevoegdheden inzake verkeersveiligheid, mobiliteit en handhaving gefragmenteerd (ministerie van Binnenlandse Zaken, ministerie van Verkeer, ministerie van Mobiliteit) Er is te weinig afstemming tussen de verschillende departementen. Bovendien is er het probleem van de federale staatsstructuur: door communautaire tegenstellingen is het moeilijk om tot verandering te komen.

9. WORKSHOP 2: KINDEREN EN JONGEREN VAN OUDER(S) MET EEN ALCOHOLPROBLEEM: KIND VAN DE REKENING

Sprekers:
- *Claire Perednia*
  Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Tienen
- *Marleen Koninckx*
  Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Tienen
- *Cindy Billen*
  De CAD Limburg

Moderator: dr. Frieda Matthys, Stedelijk OLV-Ziekenhuis, Mechelen

In deze workshop werden twee groepsprogramma's voor kinderen van ouder(s) met een alcoholprobleem voorgesteld. Het eerste initiatief betreft een apart groepsaanbod voor kinderen (8- tot 12-jarigen), jongeren (12- tot 18-jarigen) en hun ouders, georganiseerd in een residentiële setting.
Het tweede initiatief betreft een groepsaanbod voor kinderen (8- tot 12-jarigen) in een ambulante setting. De toelichting van deze programma's werd voorafgegaan door een getuigenis van een 18-jarige die aan het groepsprogramma voor jongeren had geparticipeerd. De workshop werd afgerond met een korte vragen- en discussieronde.

GETUIGENIS VAN EEN JONGERE

Om de noodzaak van expliciete aandacht voor de kinderen in deze gezinnen te illustreren werd een tiener uitgenodigd die bereid was te getuigen over het leven met een vader met een alcoholprobleem en haar persoonlijke ervaringen met het groepsprogramma voor jongeren.
Centraal in de ervaring van deze jongere stond de nood aan hulp en het niet weten waar die te vinden. Participatie aan het jongerenprogramma leidde tot een positieve wending in haar zelfbeeld, in de perceptie van de problematiek en in de relatie en verstandhouding met haar vader. Graag had ze het hele jaar door op dit aanbod beroep willen doen want "jongeren hebben die professionele hulp echt wel nodig".

HET GROEPSPROGRAMMA 'GEZINNEN ONDER INVLOED - INVLOEDRIJKE GEZINNEN' IN DE PSYCHIATRISCHE KLINIEK BROEDERS ALEXIANEN IN TIENEN

De Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen werkte, op basis van een literatuurstudie, een interventieprogramma uit voor kinderen van ouders met een alcoholprobleem dat als titel meekreeg: 'Gezinnen onder invloed - invloedrijke gezinnen'. Deze literatuurstudie en de uitwerking van een draaiboek voor dit interventieprogramma gebeurde in opdracht van VAD in het kader van een project.

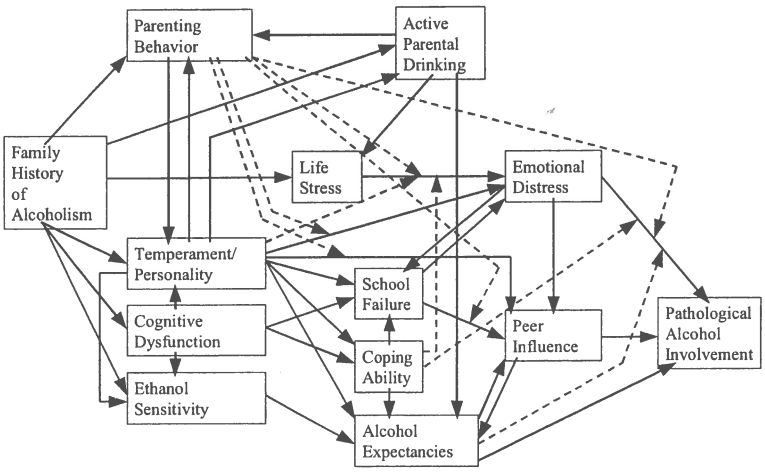
De kinderen van ouders met een alcoholprobleem, voortaan KOAP genoemd naar analogie met de KOPP-kinderen (kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek), vormen een grote groep die in de hulpverlening echter weinig aandacht krijgt. Men schat dat 10% van alle kinderen opgroeit in een gezin waarvan minstens één ouder alcoholproblemen heeft. Deze kinderen hebben het wellicht niet zo gemakkelijk, maar uit de literatuur blijkt bovendien dat deze kinderen een risicogroep vormen om later problemen te ontwikkelen, in het

bijzonder afhankelijkheidsproblemen. Niettemin zijn zij een zeer heterogene groep met zowel kwetsbare als sterk weerbare kinderen. Vanuit het oogpunt van preventie en vroegtijdige interventie is het belangrijk om de meest kwetsbare kinderen tijdig te identificeren en hen eventueel ook de nodige 'zorg op maat ' aan te bieden.

Om meer zicht te krijgen op het groeiproces van de kinderen in een gezin met een ouder met alcoholproblemen zochten de medewerkers uit Tienen naar een geschikt ontwikkelingsmodel. Er zijn heel wat onderzoeken die de meest relevante kenmerken van KOAP als groep identificeren en eventueel beschrijven als markers voor een verhoogd risico. In de uiteenzetting werden de literatuurgegevens besproken in functie van risico en protectie. Deze risico- en beschermingsfactoren kunnen zowel bij het kind als in zijn omgeving gesitueerd worden. Voorbeelden van kindgebonden factoren zijn onder meer de genetische en psychologische kenmerken. Bij de omgevingsfactoren spelen bijvoorbeeld de interactiepatronen tussen ouders en kinderen, het opvoedingsgedrag van de ouders en de invloed van leeftijdsgenoten een rol. De complexe interactie tussen faciliterende en modererende factoren bepaalt de relatie tussen een familiegeschiedenis van alcoholisme en het risico op later alcoholproblemen bij kinderen uit deze families. Ter illustratie werd het model van Sher gepresenteerd. In dit omvattende model werden mogelijke ontwikkelingslijnen ('pathways') besproken die een aantal kritische variabelen identificeren die richtpunten kunnen zijn in preventieprogramma's. Het gaat dan over variabelen zoals de verwachtingen tegenover alcohol, een problematisch socialisatieproces en de neiging tot het ervaren van negatieve emoties (angst en depressie).

MODEL VAN K. SHER

COMPREHENSIVE MODEL OF THE RELATION BETWEEN FAMILY HISTORY OF ALCOHOLISM AND PATHOLOGICAL ALCOHOL INVOLVEMENT IN OFFSPRING.



Sher K. (1991). Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research. Chicago, The University of Chicago Press.
Sher K. (1993). Children of alcoholics and the intergenerational transmission of alcoholism: a biopsychosocial perspective. In: Bear, J., Marlatt, G. & McMahon, R. (Ed.). Addictive behaviors across the life span. Prevention, treatment and policy issues. Sage Publications.

Het uiteindelijke doel van de uitbesteding van VAD was het ontwerpen van een interventieprogramma voor KOAP (tot 18 jaar). Het globale doel van deze interventie werd het vergroten van de competentie (inzicht en vaardigheden) van de kinderen zodat zij beter kunnen omgaan met de moeilijkheden en de problemen die zich voordoen in dergelijke

specifieke gezinssituaties. Een bijkomende doelstelling is het vroegtijdig opsporen van de meest kwetsbare kinderen, zodat zij kunnen verwezen worden naar een aangepaste hulpverlening.

Op basis van de literatuurgegevens en de eigen persoonlijke ervaringen ontwierp men in Tienen zowel een module voor kinderen als een module voor hun ouders omdat men het zeer belangrijk vindt dat de ouders zelf zoveel mogelijk betrokken worden bij deze interventie. De module en het bijhorende werkboekje voor kinderen werden uitgewerkt voor twee leeftijdscategorieën: de juniors (8 tot 12 jaar) en de tieners (12 tot 18 jaar). Elke kindermodule bestaat uit twee delen: een informatief gedeelte over alcoholproblemen en de effecten in het gezin en een deel over coping, aangepast aan de leeftijd van de kinderen. Er werd een draaiboek voor hulpverleners gemaakt met alle nodige informatie. Het programma zelf werd reeds uitgetest in vier cycli en geëvalueerd aan de hand van verschillende vragenlijsten.
In de uiteenzetting presenteerden de sprekers eveneens hun praktijkervaringen, de resultaten van de metingen en enkele van de gebruikte methodieken.

Onderdelen van de module voor kinderen (juniors en tieners)	Onderdelen van de module voor ouders
• Psycho-educatie • Cognitieve vaardigheidstraining • Coping (omgaan met stress en moeilijke gevoelens) • Zorg voor jezelf	• Motiveren • Informeren • Ondersteunen van de ouders in hun rol als opvoeder - belonen en straffen - onderhandelen - discipline en toezicht • Beschrijving van het verloop van het programma

Als besluit stelden de sprekers dat dit project een goed begin is om meer aandacht te geven aan KOAP, maar dat er nog heel veel gedaan kan worden voor deze kinderen, jongeren en hun ouders. Alcoholafhankelijkheid is een complex probleem dat een integratieve aanpak beslist noodzakelijk maakt.

KINDERGROEP VAN DE CAD LIMBURG, GROEPSPROGRAMMA IN EEN AMBULANTE SETTING

De CAD verzorgen in Limburg een ambulant hulpverleningsaanbod voor mensen met een probleem met het gebruik van middelen. Het merendeel van het cliënteel zijn volwassenen. De behandeling beperkt zich echter niet tot het middelengebruik alleen. Het verhogen van het algehele welzijn is steeds het doel van de therapie. Eventueel onderliggende problemen die aan de basis van misbruik of afhankelijkheid van een middel kunnen liggen, worden opgespoord en behandeld. De behandeling beperkt zich ook niet tot de aangemelde persoon an sich, er is aandacht voor de totale (familiale) context van de cliënt.
Vanuit deze visie is recent werk gemaakt van het ontwikkelen van een groepsaanbod voor kinderen van het cliënteel (in de leeftijd tussen 8 en 12 jaar).

De doelstellingen van de kindergroep zijn:
- doorbreken van het isolement
- steun laten ervaren in een veilige omgeving
- ruimte scheppen voor het uiten van gevoelens en verhalen
- kennis verhogen over verslaving
- kinderen meer laten begrijpen over zichzelf (eigen gevoelens en gedrag)
- verhogen van het zelfwaardegevoel

- kinderen meer laten begrijpen over de invloed van familie op hun eigen gevoel
- aanreiken van oplossingen en copingmechanismen/vaardigheden vanuit die verhoogde kennis en begrip
- leren kennen van de eigen grenzen in het helpen van de ouder(s)

De kindergroep bestaat uit zes bijeenkomsten van anderhalf uur waarin telkens een korte pauze wordt voorzien. De bijeenkomsten gaan wekelijks door en worden door twee kinderpsychologen begeleid die beiden een bijkomende systeemtherapeutische opleiding volgen. De kindergroep is inhoudelijk gebaseerd op 'Working with Children of Alcoholics', een boek van prof. Thomas Lindstein van de School of Social Work, Stockholm University Sweden. Procesmatig werd ook inspiratie geput uit ervaringen met andere groepstherapieën bij kinderen.
De groepssessies zijn steeds opgebouwd volgens eenzelfde stramien zodat de kinderen weten wat ze van de bijeenkomst kunnen verwachten, wat op zijn beurt weer veiligheid en vertrouwen geeft. Het stramien dient als basis, maar er kan bij een bepaald onderdeel langer of minder lang stilgestaan worden afhankelijk van de nood van de kinderen.

De sessies zijn opgebouwd volgens het basisstramien:
- welkom en aanvangsritueel
- bijpraten over de voorbije week en herhalen van de groepsafspraken
- aanbrengen van het thema via het uitleggen van de 'slogan'
- uitdiepen van het thema via oefening, gesprek, spel, ...
- afronding en eindritueel

De centrale thema's en slogans zijn:

Bijeenkomst 1:	KENNISMAKING	*'Ik ben (naam) en ik mag er zijn'*
Bijeenkomst 2:	GEVOELENS	*'Al mijn gevoelens zijn ok'*
Bijeenkomst 3:	COPING (focus op gevoelens)	*'Ik mag zorgen voor mezelf'*
Bijeenkomst 4:	INFORMATIE OVER VERSLAVING	*'Verslaving: het is niet mijn fout en ik kan het niet oplossen'*
Bijeenkomst 5:	COPING (focus op gedrag)	*'ik maak keuzes en neem risico's'*
Bijeenkomst 6:	SAMENVATTENDE BIJEENKOMST	*'Ik ben een waardevol persoon en ben het waard om van te houden'*

Om de groep bij de ouders kenbaar te maken, hangt in de wachtkamer een folder met uitleg over de kindergroep. Aan cliënten die kinderen tussen 8 en 12 jaar hebben, wordt het bestaan van de kindergroep meegedeeld door hun persoonlijke hulpverlener. Of er dieper ingegaan wordt op de mogelijkheid tot deelname aan de kindergroep hangt van diverse factoren af: is het thema kinderen al aan bod gekomen in de begeleiding, hoezeer is het nog taboe in het gezin om over verslaving te spreken, wat weten de kinderen (of misschien beter wat denken de ouders dat de kinderen weten), zou de deelname gepercipieerd worden als kritiek op het ouderschap, belasting van nog andere hulpverlening aan het gezin (eventueel volgen de kinderen al een begeleiding), hoe denkt de partner erover, ...? Kortom, steeds wordt op maat van de cliënt en het gezin gezocht naar het juiste moment om dit verder te bespreken. In de praktijk zijn het meestal de kinderen van de cliënten die al geruime tijd in begeleiding zijn, die meedoen.

Indien ouders interesse hebben of meer inhoudelijke info over de groep willen, wordt er een gesprek gepland met de begeleiders van de groep (bij voorkeur in gezelschap van de kinderen). Dit gesprek gaat door in een speciaal voor de kindergroep kindvriendelijk ingerichte spelkamer. Tijdens de groepsbijeenkomsten zet(ten) de ouder(s) hun begeleiding voort bij hun vaste hulpverlener. Als de groep afgerond is volgt er een nabespreking met de ouders.

Alhoewel de ontwikkeling nog in de kinderschoenen staat (er zijn tot op heden twee groepen doorgegaan) kunnen we toch stellen dat de voorgenomen doelstellingen voor een groot deel verwezenlijkt zijn. Enkele reacties van de kinderen zelf: "ik dacht dat ik de enige was met een verslaafde ouder, ik ben blij dat ik weet dat dit niet zo is", "ik ben opgelucht dat ik erover kan spreken", "ik weet nu meer wat ik kan doen als het moeilijk met me gaat".
De ouders geven aan dat de kinderen meer vragen stellen en zelf meer vertellen over hoe ze zich bij de situatie voelen.

VRAGEN- EN DISCUSSIERONDE

Al-Ateen
Als reactie op de ervaring van de getuige die geen hulp vond bij Al-Ateen in haar regio, liet de voorzitter van Al-Ateen weten dat er bij gebrek aan Al-Ateengroepen in een bepaalde regio aan de Al-Anongroepen wordt gevraagd een groep op te richten. Deelnemers die geïnteresseerd waren in de adressen van alle bestaande Al-Ateengroepen, werden welkom geheten op de infostand in de hall. Verder uitte de voorzitter de wens en de suggestie om samen te werken met de organisatoren van de kindergroepen, voor bijvoorbeeld doorverwijzingen van en naar de kindergroepen.

Cognitieve vaardigheden
De cognitievevaardigheidstraining als onderdeel van de module voor kinderen maakt gebruik van de hoeden van de Bono[1] en heeft tot doel verschillende denkstijlen te ontwikkelen. Een deelnemer vroeg zich af of kinderen wel het verschil kennen tussen denken en voelen. De Bono vond dat training in metacognitieve vaardigheden niet alleen bij volwassenen maar ook bij kinderen goede resultaten opleverde. Vandaar dat men in Tienen ervoor koos deze methodiek in het programma op te nemen. Concreet wordt er gestart met wat de kinderen het beste kennen, namelijk het gevoel. Dan wordt er gekeken van waar dit gevoel komt. Men komt zo stapsgewijs tot bij het denken.

Beschermende factoren
Een deelnemer merkt op dat de beschermende factoren in de uiteenzetting onderbelicht werden. Dit is een weerspiegeling van de zeer beperkte aandacht voor deze invalshoek in de bestaande literatuur en illustreert het pathologiegericht denken in ons vakgebied. Beschermende kindfactoren kunnen zijn: van het vrouwelijk geslacht zijn, een goede intelligentie, een positieve schoolcarrière. Beschermende gezinsfactoren kunnen bijvoorbeeld zijn: geen nieuwe baby binnen de twee jaar, een moeder die beschikbaar is in het gezin. In Tienen heeft men de ervaring dat de niet-drinkende partner een sterke protectieve factor kan zijn. De houding van de niet-drinkende ouder ten aanzien van de kindergroep blijkt bijvoorbeeld zeer bepalend te zijn voor de participatie van het kind aan deze steunbiedende groep met leeftijds- en lotgenoten.

Extra risicofactoren
Wanneer beide ouders drankproblemen hebben of in geval van een dubbelediagnose-problematiek is het kind nog kwetsbaarder. Het kind is moeilijker te bereiken. In Tienen heeft men zo twee cliënten in behandeling gehad. De kinderen hebben uiteindelijk afgehaakt.

Geldt het aanbod enkel voor de in het centrum behandelde cliënten/patiënten?
In Tienen staat het aanbod in principe enkel open voor kinderen van in de instelling opgenomen patiënten. Voorlopig worden kinderen van niet-opgenomen patiënten niet geweigerd. Er is geprobeerd om in samenwerking met het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost, Vestigingsplaats Leuven, de groepswerking op

[1] de Bono, E. (1985). *Six thinking hats*. Penguin Books: London.

ambulante basis te organiseren. Ondanks de organisatie van een voorafgaande studiedag waaraan veel potentiële doorverwijzers participeerden, kwam dit niet van de grond.

BESLUIT

De ruime belangstelling voor deze workshop getuigt van een grote interesse voor deze tot nog toe 'vergeten' doelgroep. Wij kunnen dit alleen maar toejuichen en durven hieruit ook een behoefte aan handvatten en praktische tips afleiden om met deze doelgroep aan het werk te gaan. Niet alleen uit de getuigenis maar ook uit de literatuurstudie blijkt de reële noodzaak van steun en houvast voor kinderen die leven met een ouder met een alcoholprobleem. Informeren, cognitief herkaderen, aanleren van copingvaardigheden en focussen op zelfzorg vormen de belangrijkste ingrediënten van het groepsaanbod waarvan de methodieken afgestemd zijn op de leeftijd van de deelnemers. Samenzijn met lotgenoten werkt opluchtend en verrijkend. Bij dit alles is het informeren en motiveren van de ouders om hun kind(eren) aan het groepsprogramma te laten deelnemen, van cruciaal belang.

10. WORKSHOP 3: ALCOHOLPROBLEMEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: HOREN, ZIEN EN ZWIJGEN?

Een debat met:

- *Prof. dr. Bert Aertgeerts*
  Huisarts in Wilsele, staflid van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde en docent aan de Katholieke Universiteit Leuven
- *Dr. Leo Pas*
  Huisarts in Wezembeek-Oppem, medewerker van de WVVH, Brussel
- *Dr. Anne Van Duyse*
  Psychiater in het UZ Gent en lid van de vakgroep Psychiatrie en Medische psychologie aan de UG

Moderator: dr. Stan Ansoms, voorzitter VAD, hoofdgeneesheer-psychiater in de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Tienen

In deze workshop stond de plaats en de taak van de huisarts centraal bij het vermijden en aanpakken van alcoholproblemen. Op basis van de dagelijkse praktijkervaring. Op basis van de dagelijkse praktijkervaring werd stilgestaan bij de mogelijkheden binnen de huisartsenprakijk en werden suggesties aangereikt voor de oplossing van knelpunten. De aandacht was gericht op de detectie van alcoholproblemen (prof.dr. Aertgeerts), de aanpak ervan (dr. Pas) en de samenwerking met andere hulpverleners hierbij (dr. Van Duyse).

1. ALCOHOLMISBRUIK EN AFHANKELIJKHEID IN DE HUISARTSENPRAKTIJK[1]

Prof. dr. Bert Aertgeerts
Huisarts in Wilsele, staflid van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde en docent aan de Katholieke Universiteit Leuven

INLEIDING

Het ontdekken van alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik is een delicaat probleem in de huisartsgeneeskunde. De diagnostiek van alcoholproblemen in de huisartsgeneeskunde kan zich beperken tot enkele screeningsvragen om probleemdrinken uit te sluiten.

PREVALENTIE VAN ALCOHOLMISBRUIK EN ALCOHOLAFHANKELIJKHEID IN VLAANDEREN

2.073 patiënten werden door de huisartsen in een periode van 4 tot 6 weken geïncludeerd (deelnamegraad=92%). Van 1.989 (88%) patiënten beschikken we over de volledige informatie van de patiënt, zijn bloedstaal en de gegevens van de huisarts.
De gegevensverzameling vond plaats in september-oktober 1997 en juni-juli 1998.
Van de totale huisartsenpopulatie gebruiken 418 (22,1%) patiënten nooit alcohol, weliswaar meer vrouwen (n=263; 25,8%) dan mannen (n=155; 16,6%). De diagnose van huidige alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik wordt in deze Vlaamse huisartsenpopulatie gesteld bij 178 (8,9%; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI): 7,74-10,30) patiënten, waarvan 132

[1] Aertgeerts B., Buntinx F., Ansoms S., Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract.* 2001 Mar; 51 (464): 206-17.

(13,6%) mannen en 46 (4,5%) vrouwen. Wat betreft de prevalentie van deze aandoening gedurende het hele leven ligt het cijfer uiteraard hoger (n=272; 13,7%; 95% BI: 12,24-15,31).

DIAGNOSE

Herkenning door de huisarts
Het oordeel van de huisarts is ook in deze studie een slechte diagnostische test. Ondanks de hoge odds ratio van 10,89, wat betekent dat iemand die door de huisarts aanzien wordt als iemand met een problematisch alcoholgebruik effectief tien maal meer kans heeft dan patiënten die door hem negatief worden ingeschat, herkent de huisarts slechts 33% van de patiënten met een alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik.

Opsporen van alcoholmisbruik en afhankelijkheid
Het opsporen van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid gebeurt ofwel door vragenlijsten ofwel door labotesten. Meerdere studies wezen er in het verleden reeds op dat het gebruik van de zogenaamde levertesten (GOT, GPT, gammaGT), MCV en urinezuur weinig zin heeft en dat het gebruik van vragenlijsten zoals de AUDIT, CAGE of verkorte versies een beter alternatief zijn. Een recent ontwikkelde labotest, het carbohydrate-deficient transferrine (CDT) zou evenwel betere resultaten geven voor wat betreft het opsporen of de follow-up van alcoholproblematiek. Het CDT is een gewijzigde versie van transferrine, wat vooral zou voorkomen wanneer men gedurende enkele weken een dagelijkse hoeveelheid van meer dan 60 gram ethanol drinkt (ongeveer 5 pintjes).
Zowel bij de mannen als bij de vrouwen scoren de labotesten niet goed. De meeste labotesten zijn effectief onbruikbaar voor het opsporen van alcoholmisbruik en afhankelijkheid. Deze resultaten bevestigen de gegevens van buitenlandse studies.
Vragenlijsten blijken echter toch beter te scoren en kunnen dus ook gebruikt worden om deze problematiek op te sporen. Telkens zijn de testen beter bruikbaar voor mannen dan voor vrouwen. Belangrijk is dat ook kortere vragenlijsten zoals de AUDIT-C (de eerste drie vragen van de AUDIT) of de Five-shot (een combinatie van drie CAGE vragen en twee AUDIT vragen) bijna dezelfde diagnostische waarde hebben als de volledige AUDIT.
Gezien huisartsen niet vertrouwd zijn met het gebruik van vragenlijsten, is dit een geruststellende conclusie.

CONCLUSIES

Enkele conclusies uit het debat na de uiteenzetting van prof. dr. Aertgeerts:
- alcoholproblemen bij patiënten spoor je op door de patiënt te bevragen
- iedere huisarts zoekt zijn eigen manier van vraagstelling. Hij kan hierbij een vragenlijst gebruiken
- zowel labotesten als vragenlijsten bewijzen geen alcoholisme

2. DE AANPAK VAN ALCOHOLPROBLEMEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Dr. Leo Pas
Huisarts in Wezembeek-Oppem, medewerker van de WVVH, Brussel

STELLINGEN

Een meer gedifferentieerd beeld als uitgangspunt
Het beeld van alcoholproblemen bij huisartsen wordt vooral te sterk getekend door de dramatische confrontaties met problemen in verband met alcoholafhankelijkheid. Dit lijdt tot een vaak defaitistische houding. Ook worden huisartsen vaak geroepen bij personen in acute alcoholintoxicatie. Op dat moment kan geen therapeutische relatie aangevangen worden.
Een meer genuanceerd beeld met verschillende vormen van alcoholproblemen dient bevorderd te worden in navorming en training[1 2 3 4]. Een onderscheid dient gemaakt te worden tussen regelmatig overgebruik boven veilige grenzen (bijvoorbeeld dagelijks vijf eenheden), overmatig gebruik bij periodieke excessieve uitspattingen (zoals vrijdagavondfuiven bij jongeren, het zogenaamde 'binge-drinking') en chronisch excessief gebruik met tolerantie, afhankelijkheid en in heel wat gevallen de bijhorende lichamelijke schade.

Overgebruik van alcohol is het gebied bij uitstek voor advies door huisartsen
Veel personen met eenvoudig overgebruik zijn zich niet bewust dat ze veilige grenzen overschrijden. Duiding en informatie is dan voldoende. Op het vlak van overgebruik van alcohol moet de rol van de huisarts uitgebreid worden[5 6]. Onderzoek toont aan dat huisartsen, niet alleen in Vlaanderen maar ook in het buitenland, meer gericht zijn op vragen stellen bij ziekten veroorzaakt door alcohol dan bij ongevallen, relationele conflicten, psychologische problemen en nog minder bij gezonden[7]. De bevolking verwacht dat de huisarts hem over zijn leefwijze zelf aanspreekt, terwijl de huisarts veeleer wacht tot de patiënt er zelf over begint of problemen zich aanbieden.

Moeilijke patiënten en alcohol-afhankelijken worden best verwezen
In 1998 werd door de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) een interventiestudie uitgevoerd om opsporing en gestandaardiseerd kort advies te bevorderen in Vlaamse huisartsenpraktijken. In dat kader werd via focusgroepen nagegaan wat de bevindingen van huisartsen en gespecialiseerde hulpverlening waren. Hieruit bleek de noodzaak van een intensievere samenwerking tussen de gespecialiseerde hulpverlening en huisartsen. Op basis van een Delphistudie met huisartsen, Centra Geestelijke

---

[1] Anderson P., Cremona A., Paton A., Turner C., Wallace P. The risk of alcohol. Addiction (1993) 88,1493-1508.
[2] Holder, H.D. Prevention of alcohol-related accidents in the community. Addiction (1993) 88(7): 1003-12.
[3] Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A., Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Addiction (1993) 88(3): 349-62.
[4] Saunders, J.B., Lee, N.K. Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. Compr Psychiatry (2000)41(2 Suppl 1): 95-103.
[5] Wallace, S.A., Bennett, J., Ward, B. The development of alcohol strategies in England and Wales. J R Soc Med. (1993) 86(6): 319-23.
[6] Bien, T.H., Miller, W.R., Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction (1993) 88(3): 315-35.
[7] Ockene, J., Wheeler, E.V., Adams, A., Hurley, T.G., Herbert, J. Provider training for patient centrered alcohol counselling in a primary care setting. Arch Intern Med (1997) 157: 2334-2340.

Gezondheidszorg (CGG) en psychiaters werd vervolgens een consensus over taakverdeling ontwikkeld. Niet alle patiënten dienen verwezen te worden. Een inschatting van wat wel of niet thuis haalbaar is is nodig.
Volgende uitspraken werden genoteerd:

- ***Huisarts:*** *... wanneer het onderscheid gemaakt wordt tussen abuse, misuse en afhankelijkheid ... als je deze triage maakt en de afhankelijkheid echt gaat doorverwijzen naar specialisten en abuses zelf gaat behandelen, dan heb je daar toch al een hele klus aan ...*
- ***Specialist:*** *... Wij zouden ook de minder afhankelijke patiënten moeten krijgen, niet alleen diegenen die ten einde raad bij ons komen, maar ook diegenen die op een positievere manier behandeld kunnen worden. De patiënten met een diagnose van excessief drinken, kunnen via korte-interventieprogramma's door de huisarts perfect geholpen worden...*
- **CGG:** *...wat men heel vaak merkt is dat men weet dat de patiënt drinkt, maar dat de arts en de familie een fatalistische houding hebben tegenover alcoholproblemen, tegenover verslavingsproblemen ... dat men zegt: als ze er zelf niet over beginnen, dan zwijgen we er maar over, dan blijft alles rustig. Men moet er over kunnen praten en niet in een bestraffende sfeer, maar in een zorgzame, positieve sfeer.Kort advies of meer uitgebreide begeleiding?*

In 16 op 19 studies werd het effect bewezen van gestructureerd advies bij overgebruik van alcohol (vermindering van gemiddeld gebruik en van aantal intoxicaties). Voor een meer intensieve begeleiding werd dit slechts in 2 van de 11 studies bewezen[8]. In een wereldwijde studie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WGO) werd vastgesteld dat dit geldt in verschillende gezondheidszorgsystemen en ongeacht de culturele verschillen.

Ook in Vlaanderen werd deze aanpak door de WVVH in 1998 uitgetest. Op basis van deze studies is in de WVVH een aanbeveling voor huisartsen in voorbereiding. Een dergelijke aanpak hoeft niet meer dan 5 à 10 minuten te duren. Een effectief kort advies bij overgebruik van alcohol bestaat uit volgende stappen:

- Bevragen van alcohol overgebruik (Ask)
- Evalueren en bespreken motivatie (Assess)
- Advies te verminderen (Advice)

Een meer uitgebreide aanpak besteedt extra aandacht en bijeenkomsten aan:

- Helpen barrières te overwinnen (Assist)
- Actieve opvolging (Assure follow-up)

Later wordt de patiënt opnieuw actief benaderd, ook als hij zelf niets laat weten. Er wordt met andere woorden nagegaan hoe de betrokkene op de verstrekte adviezen ingaat. Bij ontstentenis van verbetering probeert de arts zelf de draad weer op te nemen of wordt verwijzing onderhandeld.

Stapsgewijze opbouw van een begeleidende taak bij meer ingewikkelde situaties
Voor de aanpak van overgebruik van alcohol én afhankelijkheid is een stapsgewijze aanpak de meest realistische, waarbij de huisarts[9]:

- problemen identificeert met behulp van standaardvragen of aan de hand van klinische tekens

---

[8] Bica, T.H., Miller, W.R. Tanigan, j.s. Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction (1993) 88(3): 315-35.
[9] Preventie van schade door alcoholovergebruik in huisartsgeneeskunde. Aanbeveling in voorbereiding, WVVH. Op vraag verkrijgbaar voor experimentele discussie in LOK-groepen. Verwachte publicatie 2002.

- de patiënt op informatieve wijze wijst op het bestaan van het risicogedrag en helpt dit te (h)erkennen
- expliciet het advies geeft om te minderen
- de motivatie bij de patiënt om hieraan iets te doen probeert te vergroten
- informatie meegeeft

- ***CGG:*** *Een aantal huisartsen trekken op een positieve manier tijd uit voor de patiënt. Die patiënten hebben een positief verwachtingspatroon en niet: ik word hier afgescheept en ik moet naar de psychiatrie.*

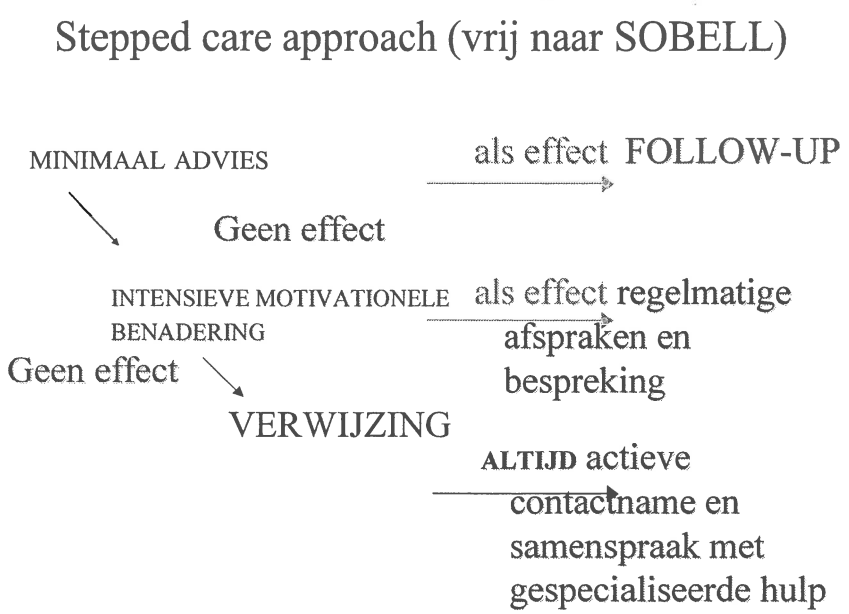
Uit volgende uitspraken blijkt de rol die de huisarts als familiearts kan opnemen:

- ***Huisarts:*** *... Als er echt een alcohol probleem is en de patiënt in kwestie wil niet meewerken is het dikwijls de familie die hulp nodig heeft.*
- ***CGG:*** *... Gezinsleden reageren met allerlei tactiek op het drinkgedrag van hun partner, ouder. De huisarts zou beschikbaar moeten zijn voor de mensen die ermee samenleven.*
- ***Psychiater:*** *... Ik ga er van uit dat de huisarts een bredere kijk op de familie heeft, de context kent, dat beter kan blijven volgen zonder dat hij altijd speciaal gefocust is (op alcohol), maar dat hij er attent voor blijft als andere dingen gebeuren.*
- *... ik zou willen toevoegen dat de huisdokter er ook rekening mee houdt dat de kinderen van de alcoholist later vaak dezelfde modellen instappen.*

Algemene coördinatie en casemanagement

Om de begeleidingsrol actief te kunnen opnemen dient de huisarts te beschikken over een goede kennis van de opvangmogelijkheden en het therapeutische aanbod in de gespecialiseerde hulpverlening en hiermee actief in onderhandeling te treden. Lokaal dient daarnaast samenspraak over ontslagmanagement en casemanagement georganiseerd te worden.

Samengevat wordt het schema[3] hieronder voorgesteld.



[3] Sobell, L.C. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. J Consult Clin Psychol (2000) 68(4): 573-9.

CONCLUSIE VAN HET DEBAT

De huisarts is een familiearts. Dit wordt te weinig benadrukt in de opleiding.
Samenvattend kunnen we hieruit concluderen dat de rol van de huisarts is:

- identificeren van het probleem, zo breed mogelijk
- erkennen en herkennen van het probleem bij de patiënt
- formuleren van een kort eenvoudig advies
- evalueren en bespreken van de motivatie van de patiënt
- patiënt actief opvolgen
- draad terug opnemen bij terugval
- zich opstellen als familiearts

3. SAMENWERKING MET ANDERE HULPVERLENERS

Dr. Anne Van Duyse
Psychiater in het Universitair Ziekenhuis Gent en lid van de vakgroep Psychiatrie en Medische psychologie aan de Universiteit Gent

HOE REAGEREN OP EEN CRISISSITUATIE?

Voor de huisarts is het belangrijk een evenwicht te zoeken tussen de hulpvraag van de patiënt en de eigen verantwoordelijkheid als arts.

Dr. Van Duyse besprak een casus over een crisissituatie waarin de huisarts wordt opgebeld door een gekende patiënte in dronken toestand. Zij presenteerde volgende bevindingen:

Een crisis is een acute situatie. Er wordt een noodkreet geuit vanuit het cliëntensysteem, waarbij de hulpvraag zowel kan komen van de patiënt als van zijn omgeving. Aangezien we te maken hebben met een decompensatie, een persoon die het niet meer ziet zitten, is een interventie nodig ten aanzien van deze persoon en eventueel ook zijn omgeving.

De acute aspecten van een crisis maken het belangrijk dat de arts zicht krijgt op de aard van de intoxicatie, de ontwenning inschat en ook oog heeft voor de kinderen. Een crisis vraagt om beschermingsmaatregelen.

Als de patiënt onder invloed is, is het dus niet zinvol er op dat moment mee te praten. Om toch het appèl/de oproep die een noodkreet kan zijn, niet te negeren, is het beter een kort gesprek te voeren om de chaos te doorbreken, de patiënt gerust te stellen en de volgende dag de patiënt terug op te bellen. Het structureren van de chaos en de dag erna naar een oplossing zoeken, is hier de meest adequate oplossing.

Indien de crisis thuis kan opgevangen worden, is het goed een motiverend moment te creëren, afspraken te maken, eventueel in de vorm van een contract en het geheel verder op te volgen. Indien dit niet kan, moet men de patiënt doorverwijzen voor een ziekenhuisopname. Dit gebeurt best op vrijwillige basis, maar desnoods moet dit met een interventie van de politie. Het is hier de bedoeling aan een persoon in nood bijstand te bieden en soms gebeurt dit met een gedwongen opname

Een hospitalisatie is afhankelijk van de complexiteit van het gestelde probleem. Is de situatie acuut of niet? Is er sprake van comorbiditeit, zoals depressie of suïcidale neigingen? En hoe zit het met de motivatie van de patiënt? Hospitalisatie is geïndiceerd voor:

- medische redenen: somatische comorbiditeit, bijvoorbeeld acute pancreatitis
- zware verslaving: afhankelijkheid, zware sociale problematiek
- psychiatrische stoornis: agressie, suïcidale neigingen, psychotisch gedrag, ...
- ambulant ontoereikend

Als je de volgende dag teruggaat naar de patiënt, zal je de ontkenning moeten minimaliseren en de angst en de weerstand tegenover een eventuele opname bespreken. Mensen zijn immers bang om opgesloten te worden, 'bij de zotten' geplaatst te worden. Ze zijn bang voor de ontwenning, de behandeling en de consequenties.

SAMENWERKEN MET SPECIALISTEN

De Delphi-studie beoogde knelpunten te detecteren bij de (interdisciplinaire) samenwerking en leidde tot een consensustekst over het takenpakket van huisartsen en specialisten bij deze samenwerking.[1]

Bij een doorverwijzing van een patiënt voor een behandeling in de gespecialiseerde hulpverlening kan de huisarts een rol spelen in het motiveren en het informeren van de patiënt. Hij kan concrete afspraken maken en praktische problemen in verband met de doorverwijzing regelen. Ten aanzien van de collega kan de huisarts belangrijke informatie doorspelen over de aanleiding van de behandeling/opname, het doel en de verwachtingen betreffende de behandeling/opname, psycho-medische gegevens en/of informatie over de sociale omgeving. Dit kan verschillen naargelang het een gewone of een acute doorverwijzing betreft. Tijdens de behandeling/opname zelf is het aangewezen dat de huisarts in contact blijft met de patiënt en zijn familie en hierbij een ondersteunende en informerende positie inneemt.

De taken van de psychiater en zijn team liggen op het vlak van het behandelingsbeleid, het opstarten van de nazorg, het ontslag en de (psychiatrische) opvolging. De arts-specialist informeert de huisarts over het behandelplan. In het nazorgbeleid dient hij de diverse hulpverleners of diensten (huisarts, CGG, CLG, OCMW, AA, individuele psychotherapeuten, ...) te betrekken, te zorgen voor de verwijsbrieven en de informatieoverdracht en ook afspraken te maken in verband met herval en snelle heropname. Het is aanbevolen dat hij de huisarts zo snel mogelijk van het ontslag op de hoogte brengt en de patiënt motiveert om contact op te nemen met zijn huisarts.

Bij de nazorg staat de huisarts in voor de continuïteit van de zorg. In deze integrerende rol begeleidt hij de heropname in de thuissituatie en zorgt hij voor de follow-up die kan bestaan uit motiveren, ondersteunen en opvoeden. Hij volgt de nazorgafspraken mee op (medicatie), evenals de biologische parameters en de somatische problematiek. In het hulpverleningsnetwerk (OCMW, thuiszorg, sociale dienst werk) vormt de huisarts de ideale tussenpersoon. Ten aanzien van de gespecialiseerde hulpverlening heeft hij een signaalfunctie en bewaakt hij eventueel herval. Voor crisisinterventies blijft de huisarts steeds de meest vertrouwde persoon.

---

[1] Delphi-studie (WHO, 1998) resulterend in een consensustekst: L. Pas, A. Leunckens, E. Aertssen, R. Caris alias Reynders (2000) Drink bewust Vlaanderen, Deskundigheidsbevordering voor eerste lijn in verband met problematisch alcoholgebruik (op basis van een samenwerkingsproject tussen VHI, WVVH, VAD en PAN): hoofdstuk 'Ontwikkeling van de voorgestelde taakverdeling tussen huisartsen en gespecialiseerde hulpverlening'

4. Conclusies van het debat

De typische problemen in België rond de behandeling van alcoholproblematiek zijn de laattijdige diagnose, de behandelfocus op somatische problemen, de gefragmenteerde hulpverlening en onvoldoende interdisciplinaire samenwerking.

Het organiseren van deze studiedag met een workshop over alcoholproblemen in de huisartsenpraktijk is al een begin voor complementaire samenwerking.

11. WORKSHOP 4: ALCOHOLRECLAME: KAN ALLES? MAG ALLES?

Een debat met:

- *Jan de Brabanter*
  Arnoldusgroep, Brussel
- *Christ'l De Jonghe*
  Reclamebureau VVL/BBDO
- *Ir. Wim Van Dalen*
  Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie Nederland (NIGZ)
- *Prof. Johan Taels*
  Universiteit Antwerpen

Moderator: Eric Nysmans, preventiewerker CGG Turnhout

DE STANDPUNTEN

Jan de Brabanter
Arnoldusgroep, Brussel

"Uiteraard is het de bedoeling van de brouwers om meer bier te verkopen, maar ze willen dat niet doen tegen eender welke prijs."

Jan de Brabanter startte zijn betoog met enige verduidelijking en afbakening. De Arnoldusgroep vertegenwoordigt de brouwerijnijverheid, niet de volledige alcoholbranche. In België denkt men aan bier wanneer men het heeft over alcohol. Een alcoholbeleid zou rekening moeten houden met het onderscheid tussen gegiste en gedistilleerde alcoholische dranken. Voor een belangrijk deel van de Belgische bevolking is bier een niet te verwaarlozen onderdeel van het voedselpakket. Bier beschouwen als een louter 'genotmiddel' is dus onterecht. Bier is zeker ook geen 'drug' zoals ook vaak beweerd wordt.

Het standpunt van de brouwers is dat bier drinken een individuele keuze is en onder de verantwoordelijkheid van de verbruiker valt. Bier is een deel van onze traditie, cultuur en voedingspatroon. Ze beschouwen verstandig drinken als genieten van het leven en vanuit medisch oogpunt gezond. Misbruik echter is schadelijk voor het individu en de samenleving. De sector neemt haar verantwoordelijkheid op om de individuele keuze van de verbruiker gunstig te beïnvloeden. Eigenlijk is reclame voor bier een fenomeen dat nog maar enkele decennia bestaat: vroeger verkocht bier zichzelf. Het heeft geen invloed op de totale consumptie, maar dient eerder om specifieke producten te introduceren. Uiteraard is het de bedoeling van de brouwers om meer bier te verkopen maar ze willen dat niet doen tegen eender welke prijs. De sector heeft er alle belang bij om niet met een slecht imago opgescheept te zitten.

De doelstellingen van de Arnoldusgroep zijn dus om verstandig bier drinken te promoten en alcoholmisbruik mee te helpen bestrijden. Daarvoor heeft de Arnoldusgroep een strategie ontwikkeld voor een preventiebeleid voor bier in België.
Enerzijds streeft men naar zelfregulering via de ondernemingen (reclamecode), anderzijds werkt men mee aan sensibiliseringscampagnes (BOB-campagne) en geeft men objectieve informatie door aan de consumenten (www.bier-en-gezondheid).

Omtrent bier en reclame zijn in verschillende stappen een aantal zelfregulerende codes afgesproken:

1993
Code 1: Autodisciplinaire Code voor Bierreclame en Sponsoring
- enkel van toepassing voor de leden van de Arnoldusgroep
- erkend door de Jury voor Eerlijke Praktijken inzake reclame (JEP)

1997
Code 2: Autodisciplinaire Code voor Bierreclame en Sponsoring
- van toepassing op iedere bierreclame
- erkend, toezicht én sancties door JEP
- in principe kan iedere consument, vereniging of officiële instantie een klacht indienen bij de JEP, dat een onafhankelijk orgaan is

Christ'l De Jonghe
Reclamebureau VVL/BBDO

"Als een product vrij mag worden verkocht, mag je ook de kwaliteiten van dat product aanprijzen, zij het wel op een eerlijke en correcte manier."

Christ'l De Jonghe is voorstander van een genuanceerd alcoholbeleid, dat attitudes (beeldvorming) minstens even belangrijk vindt als regelgeving (wetten). Zij waarschuwt voor de risico's van stigmatisering van alcohol in het algemeen en de ongewenste, perverse neveneffecten die daardoor ontstaan. Ten slotte wijst ze op de doeltreffendheid van de autodisciplinaire reclamecode die gecontroleerd wordt door de Jury voor Eerlijke Praktijken inzake reclame in België (JEP).

Belangrijk is dat we naar de empirie en het wetenschappelijk onderzoek kijken en wat we daaruit kunnen leren om een effectief alcoholbeleid te voeren dat onwenselijk gebruik doeltreffend aanpakt en de verantwoordelijke gebruikers, die ruimschoots in de meerderheid zijn, niet onnodig straft.
De empirie toont dat een zeer strenge wetgeving niet erg doeltreffend is als preventie van onverantwoord alcoholgebruik, waarschijnlijk omdat er dan een al te éénzijdige, veralgemeende negatieve beeldvorming ontstaat rond alle alcoholgebruik waardoor het thema in een taboesfeer wordt gedrukt. Precies die landen die zeer afwijzend, restrictief en bestraffend zijn tegenover alcoholgebruik hebben af te rekenen met meer alcoholgerelateerde problemen.
Op basis van een historisch overzicht komt het Social Issues Research Center tot de conclusie dat er geen rechtstreeks causaal verband is tussen het gemiddelde alcoholgebruik in een land en alcoholgerelateerde fysieke, sociale of psychiatrische problemen. In mediterrane landen, waar de gemiddelde consumptie per capita hoog is, stelt men in verhouding minder alcoholgerelateerde problemen vast dan in het noorden, waar gemiddeld minder alcoholische dranken worden gedronken.
Samenlevingen met positieve attitudes en verwachtingen tegenover alcohol, waar een geïntegreerde drinkcultuur heerst en niet de nadruk wordt gelegd op matiging, ondervinden minder alcoholgerelateerde problemen. Deze paradox wordt verklaard aan de hand van de specifieke drinkcultuur die heerst in een samenleving, met name de ongeschreven wetten over wie, hoeveel, van wat mag drinken, wanneer en hoe, in welke context, met welk effect.

Ten slotte geeft Chist'l De Jonghe een overzicht van het aantal behandelde dossiers bij de JEP die betrekking hebben op reclame of promotie voor alcoholhoudende dranken. Het blijkt in de periode 1990-2000 slechts om 3,5% van alle behandelde dossiers van JEP te gaan.

Gemiddeld zijn er slechts drie promoties per jaar die niet volledig conform de autodisciplinaire reclamecode zijn. In geen enkel dossier gaat het om reclame die manifest in strijd is met de deontologie. Geen enkele campagne is specifiek gericht op minderjarigen, noch een aanmoediging van onverantwoorde of overmatige consumptie, noch reclame die alcohol gezonde eigenschappen zou toeschrijven.
Dit overzicht bewijst dat zelfregulering een ernstig engagement van de sector is waarbij niet alles kan en zeker niet alles mag!

Ir. Wim Van Dalen
Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie Nederland (NIGZ)

"De alcoholreclame in Nederland ligt politiek op de knie."

In Nederland is sinds 1991 de afspraak met de alcoholproducenten, de importeurs, de detailhandel en de horeca dat zij volgens een onderling overeengekomen alcoholreclamecode hun reclameboodschappen mogen uitzenden. Deze vorm van zelfregulering heeft als commercieel/politiek doel te voorkomen dat er een wettelijk verbod komt op alcoholreclame.
De uitvoering van deze reclamecode is na 1991 een aantal jaren niet door een objectieve buitenstaander onderzocht en door het parlement kritiekloos geaccepteerd.
Vanaf omstreeks 1996 is de belangstelling voor de nadelen van overmatig alcoholgebruik in Nederland sterk toegenomen. Velen waren van mening dat jarenlang de aandacht voor de drugproblematiek relatief te groot is geweest in vergelijking met de aandacht voor de alcoholproblematiek.
Vanaf die tijd is er ook kritischer gekeken naar de wijze waarop de zelfregulering met betrekking tot alcoholreclame functioneert.
Het bleek echter bijzonder moeilijk om met succes te strijden tegen veronderstelde overtredingen van de reclamecode. Bij de behandeling van tal van ingediende klachten over bepaalde commercials en andere vormen van alcoholreclame, bleek herhaaldelijk dat de Reclamecodecommissie de klachten nauwgezet op de letter interpreteert en zich er nogal voor inspande om de alcoholproducenten zoveel mogelijk het voordeel van de twijfel te gunnen. En dat terwijl het voor veel buitenstaanders duidelijk constateerbaar was dat er naar de geest van de code dikwijls sprake was van het overtreden van de afspraken.
De code bleek dus zo in elkaar te steken dat veel reclamepraktijken nauwelijks zijn aan te pakken. Deze conclusie is onder andere terug te vinden in een speciaal uitgegeven Zwartboek over alcoholreclame dat is samengesteld door de Stichting Alcoholpreventie (STAP) in samenwerking met het Nationaal Instituut voor Gezondheidsvoorlichting en Ziektepreventie (NIGZ) (Utrecht, Woerden, 2000).
Een aantal Nederlandse politici maakt zich echter in toenemende mate boos over veel reclamepraktijken en ook de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Borst heeft de afgelopen jaren niet onder stoelen of banken gestoken dat zij een einde wil maken aan de bestaande zelfregulering. Volgens haar is de uitvoering van de afspraken verwaterd en met name de wijze van marketing van nieuwe merken alcoholhoudende dranken voor jongeren gaat volgens haar volkomen in tegen de gemaakte afspraken.
Inmiddels zijn er nieuwe afspraken opgesteld door de alcoholproducenten als reactie op de kritiek van de politiek en de minister. Deze afspraken hebben vooral betrekking op de indringende vormen van promotie van nieuwe alcoholhoudende mixdranken, shooters en likeuren in discotheken. De verwachting is echter dat deze vormen van promotie wettelijk verboden zullen worden omdat het draagvlak voor zelfregulering in Nederland steeds verder afbrokkelt.

Ondanks deze recente ontwikkelingen rondom de zelfregulering in Nederland blijft er sprake van een bombardement van alcoholreclame in de vorm van radio- en tv-commercials,

sponsoring en prijsreclame in de vorm van stuntacties van winkeliers en van happy hours door de horeca.
In Nederland is in 2000 een schatting gemaakt van de bestedingen aan alcoholreclame en deze bedragen vermoedelijk minstens 275 miljoen Euro per jaar. Daar staat een bedrag van ongeveer 2,5 miljoen Euro voor voorlichting per jaar tegenover!

Gebleken is dat het een moeizame weg is om door middel van afspraken met de alcoholproducenten tot een acceptabele reclamepraktijk te komen. Er gaan dan ook steeds meer stemmen op om alcoholreclame in Nederland geheel of gedeeltelijk te verbieden. Er is in ieder geval een steeds groter politiek draagvlak voor wettelijke maatregelen in plaats van of naast zelfregulering. Daar komt bij dat onderzoeken naar de invloeden van alcoholreclame op het drinkgedrag dikwijls achter de feiten aanlopen, zeer moeilijk uitvoerbaar zijn en daarom niet als betrouwbare bron voor het beleid kunnen dienen.

Prof. Johan Taels
Universiteit Antwerpen

"Regulering van alcoholreclame mag dus niet aan de beroepssector overgelaten worden, maar moet kaderen in een globaal alcoholbeleid waarvan overheidsregulatie van alcoholreclame een onderdeel is".

Praktijken in verband met alcoholreclame kunnen op drie wijzen worden geregeld: door zelfregulering vanwege de beroepssector (interne morele druk), door co-regulering (externe morele druk) of door overheidsregulering (externe, juridische druk). Op dit ogenblik overheerst in België de zelfregulering. Naar mijn mening is dit een onhoudbare situatie en zal naar veel verdergaande vormen van co-regulering en overheidsregulering moeten worden gezocht.
Een belangrijk instrument van zelfregulering zijn de (ethische) codes (bijvoorbeeld de reclamecode van de Arnoldusgroep, waarvan de naleving deels wordt gecontroleerd door de Jury voor Eerlijke Praktijken inzake reclame). Daarin kan men twee hoofdsoorten onderscheiden: minimalistische, die zich beperken tot de opsomming van ontoelaatbare praktijken en maximalistische, waarin doelstellingen of idealen worden geformuleerd en waarin zelfregulering overgaat in co-regulering.
Onder co-regulering verstaat men alle niet van overheidswege gehanteerde en/of opgelegde middelen en praktijken om de professionelen uit de beroepswereld hun morele verantwoordelijkheid ten aanzien van het publiek te laten opnemen. Voorbeelden zijn: acties ter preventie van alcoholmisbruik, informatie verspreiden over verstandig alcoholverbruik, dialoog en samenwerking met alle betrokken instanties bevorderen, onderzoek voeren in verband met doeltreffende voorlichting (cf. ook de doelstellingen van de Arnoldusgroep).
Co-regulering op het vlak van alcoholreclame en -promotie is noodzakelijk, maar volstaat niet. Nodig is een globaal beleid en dat kan enkel door de overheid worden gevoerd en gecoördineerd (cf. de Nederlandse situatie). De noodzaak van een dergelijk beleid hangt onder meer samen met het feit dat zowel alcoholgebruik (en -misbruik) als alcoholreclame en -promotie fenomenen zijn waarvan de maatschappelijke en culturele draagwijdte de mogelijkheden van de beroepssector ver te boven gaan.

De doelstellingen van zelfregulatie zijn uitstekend, maar ze zijn in de code niet genoeg uitgewerkt. In hoofdzaak is het een doublure van de bestaande wetgeving en vrij minimalistisch. Men probeert misstappen tegen te gaan, maar gaat zelf geen stap verder. De code zou veel meer kunnen inhouden en complementair met de wetgeving kunnen zijn in plaats van deze te herhalen. Als men zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid werkelijk ter harte neemt zou men bredere verantwoordingscriteria kunnen opstellen Men zou bijvoorbeeld nieuwe collega's kunnen inwijden in de doelstellingen en de waarden die de sector hanteert.

Onze cultuur is een reclamecultuur en onze lifestyle is een reclamelifestyle waardoor reclame geen neutraal middel is en dus ook geen neutrale informatie kan doorgeven.
Regulering van alcoholreclame mag dus niet aan de beroepssector overgelaten worden, maar moet kaderen in een globaal alcoholbeleid waarvan overheidsregulatie van alcoholreclame een onderdeel is.

DISCUSSIE

Jan de Brabanter gaat akkoord met een overheidsregulatie als ze maar niet onzinnig is zoals de wet Evin (1991) in Frankrijk. Deze wet verbiedt alle zichtbare reclameboodschappen voor alcohol en tabak op televisie, inclusief sponsornamen op voetbalshirts en billboardreclame.

Christ'l De Jonghe merkt op dat er veel opmerkingen zijn omtrent de eenzijdige voorlichting door de reclame, maar benadrukt dat reclame eigelijk een betaalde vorm van commerciële communicatie is en geen voorlichting.

Prof. Johan Taels ziet een evolutie in de bedrijfswereld waar het imago steeds belangrijker wordt of de schrik voor een slecht imago er in zit. In deze optiek is het belangrijk voor de sector om aan langetermijnplanning te doen en maatschappelijke verantwoordelijkheid op te nemen. We moeten afstappen van het zwartwitbeeld overheid/bedrijfswereld en samen streven naar een globaal beleid.

Wim Van Dalen vindt dat de valkuilen juist in deze commerciële aspecten van 'image-building' door de sector zitten. De sector probeert vooral om iets te voorkomen (belastingen, wetten, slecht imago) wat niet altijd congruent is met een denken vanuit een welzijns- en gezondheidsbevorderend perspectief. Hij illustreert aan de hand van enkele Nederlandse voorbeelden dat reclameboodschappen dikwijls niet naar de geest van de regulering handelen, maar dat het meestal moeilijk is om naar de letter bezwaren aan te tekenen.
Hij vindt ook dat de sector niet mag overdrijven in het exploiteren van de gezondheidsbevorderende aspecten van alcohol. Zo stoort het hem dat de heer de Brabanter bier niet als een drug maar als een 'niet te verwaarlozen onderdeel van ons voedselpakket' voorstelt.

Alle sprekers waren het erover eens dat een dergelijke discussie jaren geleden niet mogelijk was geweest en vonden het een sereen en explorerend debat. Er was consensus omtrent de nood aan een globaal beleid van de overheid, waar regelgeving omtrent reclame deel van moet uitmaken. De reclamewereld is bereid aan deze discussie deel te nemen en zal haar verantwoordelijkheid niet uit de weg gaan op voorwaarde dat men naar een genuanceerd beleid streeft waar niet alleen aandacht is voor wetten en restricties.

12. WORKSHOP 5: DOET ALCOHOL WERKEN? WERKT ALCOHOL?

Inleiders:
- *Prof. emer. Leo Lagrou*
  KU Leuven en HIVA
- *Marie-Claire Lambrechts*
  Stafmedewerker arbeid VAD

Panelleden:
- *Dieter Terryn*
  VRT
- *Hendrik Degryse*
  Intercommunale Vuilverwijdering en Verwerking Brugge en Ommeland
- *Bergie Van den Bossche*
  ACV-dienst ondernemingen

Moderator: Roos De Venter, preventiewerkster, CGG Noord-West-Vlaanderen

De workshop was een goede mix van uiteenzettingen en debat. In een eerste inleiding belichtte prof. emer. Leo Lagrou de zin van arbeid en werk. Marie-Claire Lambrechts schetste aansluitend de relatie tussen werkgebonden factoren en het ontstaan van (problematisch) alcoholgebruik. Aan de hand van drie stellingen werd tot slot een interessant, maar te kort, debat gevoerd.

DE ZIN VAN ARBEID EN WERK[1]

Prof. emer. Leo Lagrou

Het onderscheid tussen manifeste en latente noden geeft inzicht in de basisbehoeften waaraan professioneel werk kan of moet voldoen (functies). Manifeste functies zijn instrumentele functies waarbij werk eerder ervaren wordt als een middel dan als een doel op zich. We onderscheiden twee manifeste functies: de behoefte aan inkomen (een behoorlijke levensstandaard voor zichzelf en de zijnen) en de behoefte aan psychisch en fysiek comfort (gunstige arbeidsvoorwaarden). Latente, immateriële noden zijn minder voor de hand liggend, maar daarom niet minder belangrijk: de behoefte aan zelfrealisatie, vriendschap, waardering en zingeving. Het is de kwaliteit van deze relaties die vooral zin geeft aan het werk.

Het manifeste belang van arbeid is vooral een streefdoel van de lagere functies op de arbeidsmarkt. Via arbeid wenst men te kunnen voldoen aan zijn basisbehoeften. Vakbonden concentreren zich vooral op dit soort noden. Latente functies zijn moeilijker observeerbaar en komen vooral aan het licht bij mensen die geen werk meer hebben! Via de werkloosheidsuitkering (manifest) zijn bepaalde basisbehoeften immers gegarandeerd, maar de latente noden komen hierdoor in het gedrang. Sedert de jaren tachtig trachten vakbonden ook aandacht te besteden aan deze kwalitatieve noden. Door zijn werk behoort een individu immers tot een bepaalde gemeenschap. Hij/zij maakt deel uit van een netwerk van collega's in een organisatie en krijgt zo een pakket van (zinvolle) taken.

[1] De uitvoerige versie van deze tekst is te verkrijgen op VAD.

Rekening houdend met de huidige economische situatie poneert prof. Lagrou een aantal kanttekeningen bij deze latente functies:

Zelfrealisatie
Jezelf realiseren via je werk betekent doen wat je graag doet en wat je goed kan. Vandaag vragen organisaties echter steeds meer flexibiliteit. Mensen werken op andere terreinen dan waarvoor ze oorspronkelijk opgeleid zijn. Er is gebrek aan geschikt werk voor laaggeschoolden (grenzen aan capaciteiten). In tijden van laagconjunctuur werken hooggeschoolden vaak onder hun niveau en vallen laaggeschoolden uit de boot. Op vlak van zelfwaarde scoort deze groep hierdoor laag.

Vriendschap
Het uitbouwen van vriendschappen gebeurt, in tijden waarin het belang van de buurt aan kracht inboet, vaak via het werk. Op het werk vinden mensen troost, worden conflicten van thuis besproken, enzovoort. De kwaliteit van de relaties in de werkkring is vooral belangrijk voor mensen die daarbuiten weinig sociale contacten hebben of die sociaal geïsoleerd zijn. Die sociale steun wordt vandaag bedreigd door een verscherpte competitie voor werkbehoud. Pesten op het werk is een probleem dat steeds meer opduikt. En door veelvuldige personeelswissels worden sociale contacten ook oppervlakkiger.

Waardering
Werk is eveneens een bron van waardering. Sociale identiteit (bedrijf en positie die men heeft in dat bedrijf) verwerft men door zijn werk ("denken we maar aan de Sabeniens, zij sterven een beetje mee"). Het is mede de baas die garant kan staan voor deze waardering. Problemen en frustraties van de baas naar aanleiding van herstructureringen worden echter vaak geprojecteerd op werknemers. Functioneringsgesprekken, bij uitstek de plaats om werknemers aan te moedigen, worden meer en meer ervaren als beoordelingsgesprekken.

Zingeving
Ten slotte is het werk ook een plaats waar mensen een bron van engagement vinden. Door het werk voelen we ons nuttig, tellen we mee, krijgen we een stem. De mate van medezeggenschap is hierbij uiteraard erg belangrijk.

WERKGEBONDEN FACTOREN EN HET ONTSTAAN VAN PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK[2]

Marie-Claire Lambrechts

Marie-Claire Lambrechts belichtte in haar uiteenzetting werkgebonden factoren in relatie tot (problematisch) alcoholgebruik. Deze factoren kunnen we opdelen in alcoholspecifieke en algemeen belastende factoren op het werk.
Met alcoholspecifieke factoren bedoelen we het heersende alcoholklimaat in een organisatie. Hoe zit het met de beschikbaarheid van alcohol? Factor van belang, zeker wanneer we weten dat het gebruik toeneemt met de beschikbaarheid en dat voorbeeldgedrag een sterk beïnvloedend karakter heeft. Vooral bij blootstelling aan een zwaar drinkend voorbeeld stijgt het gebruik. Bij matig drinkende voorbeelden vermindert het drinkgedrag meer dan bij niet-drinkende voorbeelden in de organisatie. Geheelonthouders worden als 'te anti' waargenomen.
Verder bepalen sociale drinknormen of men drinkt of niet, hoeveel, wanneer en met wie. Vaak drinkt men om erbij te horen. Op dit vlak blijken er ook verschillen te bestaan tussen mannen en vrouwen en is de evolutie in bepaalde beroepen naar een vervrouwelijking ervan,

[2] Meer info over dit onderzoek tevens verkrijgbaar op VAD.

een interessant gegeven. Bij het alcoholklimaat rekenen we tot slot ook de sociale controle: formele en informele verbodsbepalingen, de interpretatie en de toepassing ervan.

Naast de specifieke factoren situeert zich een grote groep van algemeen belastende factoren, verder in het verhaal benoemd als de werkstressoren. Mensen drinken om stress te vermijden of om er mee te kunnen omgaan. Op vlak van de inhoud van het werk merken we dat jobs die creativiteit, variatie, eigen oordeel en voldoening missen, aanzetten tot drinken om die machteloosheid op te heffen. Daarentegen zijn betrokkenheid bij en motivatie voor het werk reële buffers tegen het ontstaan van probleemgebruik.
Omstandigheden zoals gevaarlijk werk blijken een negatieve invloed te hebben op alcoholgebruik omdat ze vaak meer stress op leveren. Daarnaast zijn het vooral probleemdrinkers en meer mannen die in dergelijke omstandigheden werken. Ook met arbeidsverhoudingen houden we rekening. Hoe is de relatie met de chef? Is er controle of een gebrek aan controle? Goede verhoudingen met collega's, teamgericht en democratisch georganiseerd werk blijken een buffer tegen probleemgebruik. Verder spelen ook arbeidsvoorwaarden een rol: instabiele en (te) flexibele arbeidstijden (wegvallen van normale dagindeling en minder supervisie) verhogen de kans op problematisch alcoholgebruik.
Een aantal factoren werkt tot slot in op deze werkstressoren: de mate van controle er op (meer controle vermindert met name de kans op problematisch gebruik), de invloed van persoonlijkheidskenmerken (copinggedrag) en de mate van sociale steun.

Marie-Claire Lambrechts concludeerde dat de relatie werkgebonden factoren en het ontstaan van problematisch alcoholgebruik een complex gegeven is waarbij zowel individuele (biogenetische, psychische, relationele, ...) als werkgebonden factoren een rol spelen. Aandacht voor werkgebonden factoren heeft het voordeel dat naast de individuele werknemer, ook de werkgever verantwoordelijk gesteld wordt om probleemgebruik niet alleen te voorkomen maar tevens adequaat aan te pakken.

DISCUSSIE

Na de inleidende uiteenzettingen volgde een debat met publiek en panel aan de hand van stellingen. Telkens werd na een toonaangevende stemmingsronde over de stelling (akkoord/niet akkoord), de discussie geopend.

Als een bedrijf een stressbeleid heeft, is een alcohol- en drugbeleid niet noodzakelijk.
Bij de stemming bleek 99% niet akkoord te gaan met deze stelling. Uit de discussie onthouden we volgende elementen:

Risico-analyse als onderdeel van een totaal preventief beleid
Een stressbeleid op het werk helpt, maar is niet voldoende. Ook de bedrijfscultuur speelt een belangrijke rol. Beschikbaarheid en controle zijn van cruciaal belang, maar maken geen deel uit van een stressbeleid. Anderzijds werd wel gesteld dat wanneer het opvolgen van het arbeidsgedrag van werknemers deel uitmaakt van het stressbeleid, de link naar verminderd functioneren ten gevolge van probleemgebruik gemakkelijk(er) gelegd kan worden.
Het stressbeleid is dus bij voorkeur een onderdeel van een totaal preventie/welzijnsbeleid, waar een risicoanalyse bovendien een essentieel onderdeel van is. De nieuwe Welzijnswet geeft hier trouwens voldoende aanknopingspunten.
Via een risicoanalyse van de verschillende werkposten gaat men na welke werkgerelateerde factoren van invloed zijn op problematisch alcoholgebruik. Preventieadviseurs kunnen hier een belangrijke bijdrage leveren. Overleg, ook bij het zoeken naar passende oplossingen, is hierbij aangewezen.

Alcohol- en drugbeleid enkel voor grote bedrijven?
Door de omvang van bepaalde bedrijven komen problemen vaak laat aan de oppervlakte. Pas wanneer een probleemgebruiker een (zware) fout maakt gaan de poppen aan het dansen. Dit gegeven resulteert vaak in sancties (ook ontslag). Een legitieme vraag is of een alcohol- en/of drugprobleem tot de privésfeer van de werknemer behoort. Kan een beleid in een bedrijf pas in werking treden wanneer de werknemer fouten gaat maken en dus niet meer voldoende functioneert?
In de vaak familiale(re) sfeer van een Kleine of Middelgrote Onderneming (KMO) kunnen werknemers (ook fysiek) beter opgevolgd worden. Die kleinschaligheid kan echter ook een nadeel zijn: het 'probleem' wordt toegedekt en men laat betijen.
Uiteindelijk komt het er op neer dat elk bedrijf, ongeacht de grootte, een goed werkend personeelsbeleid nodig heeft. Dit resulteert mee in een productief economisch beleid.
Om effectief te zijn, bestaat een alcohol- en drugbeleid uit meer dan alleen maar regelgeving. Dit is een té eenzijdige aanpak. Initiatieven op vlak van voorlichting en vorming (preventie en vroegsignalering) zijn essentieel in dit geheel. En tot slot is een goed uitgewerkt en gefaseerd interventieplan (wie doet wat en wanneer) noodzakelijk om tijdig de juiste maatregelen te nemen.

Verantwoordelijkheid van de werkgever inzake alcohol en drugs?
Paritair afgesproken reglementen dienen ook en vooral ook door de verantwoordelijken opgevolgd te worden. Hun voorbeeldfunctie speelt een essentiële rol.

Conclusie
Rekening houdend met bovenstaande kan de stelling beter gewijzigd worden in: als een bedrijf een goed algemeen beleid heeft, is een alcohol- en drugbeleid (wellicht) niet noodzakelijk.

Aangezien werk(behoud) belangrijk is voor een medewerker, moet de werkgever de betrokkene meerdere kansen geven.
Meerderheid akkoord onder voorbehoud.

Vooraf modaliteiten bepalen
De meerderheid van de aanwezigen ging akkoord mits hiervoor vooraf in het Arbeidsreglement de modaliteiten vastgelegd werden. Dit impliceert dat iedereen, zowel betrokken werknemer als begeleider als werkgever, weet wat er moet en kan gebeuren. In concreto zijn het aantal kansen dat een werknemer krijgt op voorhand vastgelegd.

Interventies gebeuren meestal veel te laat
In de realiteit, merkt het publiek op, worden problemen pas opgemerkt wanneer er fouten gemaakt worden. Op dit moment is ingrijpen reeds te laat, problemen worden te lang ontkend.
Om een interventie tijdig te laten gebeuren is het belangrijk dat iedereen in het bedrijf op de hoogte is van het beleid. In de meeste gevallen gebeurt dit via voorlichting en vorming van het personeel. Het is duidelijk dat een werknemer meestal niet uit zichzelf naar de arbeidsgeneesheer zal stappen. Belangrijker is dat de werkomgeving (collega's) signalen opmerken en doorgeven. Signalen in het arbeidsgedrag zijn hierbij erg belangrijk. Bij melding hiervan, kan de sociale of medische dienst de betrokken persoon aanspreken. Afhankelijk van het probleem kan vervolgens een (begeleidings)contract met de persoon afgesloten worden. Transparantie hierbij is aangewezen.

In grote bedrijven, waar verschillende structuren en diensten aanwezig zijn, kunnen deze procedures - in principe - makkelijker toegepast worden dan in een KMO. Een KMO beschikt meestal niet over ondersteunende structuren voor begeleiding in het bedrijf. Informatie over een vroege en adequate doorverwijzing voor de werkgever kan hier een hulpmiddel zijn.

Afhankelijk van functie? Minder marge?
Een stelling die door de meeste aanwezigen verdedigd werd, zeker wanneer rekening gehouden wordt met de risico-analyse: bepaalde functies houden nu éénmaal meer risico's in dan andere. In dit geval dienen van bij de aanvang, de aanwervingsprocedure en het profiel, duidelijke grenzen gesteld en gecommuniceerd te worden.

Individuele aanpak van het alcoholprobleem en het arbeidsgedrag
Verbetering van het arbeidsgedrag is vaak een bepalende factor in het proces. Elke hulpverlenende interventie betekent echter niet per definitie een vooruitgang. Vermijden dat het slechter gaat is vaak meer aan de orde. Dat iedereen achter een humanitaire aanpak met voldoende kansen staat is duidelijk. Er zijn echter grenzen, daarom moet elk geval individueel bekeken worden.

Conclusie
De stelling is, rekening houdend met voorgaande, te ruim en is meer aanvaardbaar wanneer we spreken van kansen binnen duidelijk afgesproken en bepaalde grenzen. De taak van de werkgever kan beperkt worden tot het begeleiden van een werknemer naar een beter functioneren. Het geven van kansen mag niet de betekenis krijgen van eindeloos geduld en medelijden en misplaatste naastenliefde.

Een alcoholbeleid impliceert de facto geheelonthouding op het werk.
Een stelling die beduidend meer controverse uitlokte!

Art. 99 ARAB
Het bewuste artikel 99 van het ARAB (Algemeen Reglement op de Arbeidsbescherming) verbiedt enkel het binnenbrengen in het bedrijf van alcohol van meer dan 6°. Deze verplichting wordt in de praktijk vaak met de voeten getreden.
Een totaalverbod, ook al is hierover niet iedereen het eens, is meestal niet noodzakelijk. Aangewezen zijn haalbare maatregelen die passen in de bedrijfscultuur en die rekening houden met risicosituaties. Even belangrijk zijn de controlemogelijkheden die maken dat afgesproken maatregelen wel degelijk nageleefd worden.

Alcoholarm en gekoppeld aan sociale 'evenementen'
Een alcoholarm initiatief, gekoppeld aan sociale evenementen, wordt over het algemeen als een billijke afspraak aanvaard. Let wel: gemaakte afspraken gelden voor iedereen en overal. De bedrijfsleiding heeft een voorbeeldfunctie. Voor personeel met buitenhuisopdrachten gelden de genomen maatregelen ook op verplaatsing.
Ten slotte blijft het noodzakelijk om op elk moment maatregelen inzake de beschikbaarheid van alcohol te durven evalueren en aan te passen.

Conclusie
"Drank en werk is gekkenwerk", stelde één van de panelleden. Met goede, billijke en voor iedereen aanvaardbare afspraken over beschikbaarheid kan er sprake zijn van alcoholgebruik op het werk. Controle van deze maatregelen lijkt essentieel maar, zo geeft een persoon aan, afglijden naar het steeds meer toevallig testen van werknemers is niet aangewezen. Dit staat haaks op een efficiënt en menselijk alcoholbeleid.

TOT SLOT

Volgende zéér relevante opmerking: een bedrijf is niet alleen een grote, Noordamerikaanse multinational. Ook bijvoorbeeld een discotheek of een school zijn organisaties waar men niet alleen een beleid voor de bezoekers dient te hebben, maar ook voor het eigen personeel.
Een praktische handleiding hoe bedrijven een alcohol- en drugbeleid kunnen uitwerken, uitvoeren, evalueren en voortzetten is terug te vinden in 'Een ticket voor een alcohol- en drugbeleid in uw bedrijf' (VAD, november 2001).

13. HET NEDERLANDSE ALCOHOLBELEID

Sandra van Ginneken
Beleidsmedewerker alcohol
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag

EERSTE ALCOHOLNOTA

Begin jaren tachtig van de vorige eeuw ontstond er in Nederland een maatschappelijke en politieke discussie over de alcoholproblematiek. De achtergrond ervan was de stijging van het gebruik van alcohol in de jaren zestig en zeventig met ruim 250%. De problemen waren met die consumptietoename mee gestegen. Dit leidde er toe dat het toenmalige kabinet een Interdepartementale Stuurgroep aan het werk zette, wat in 1986 resulteerde in de nota 'Alcohol en samenleving'. Dat is eigenlijk het begin van het moderne Nederlandse alcoholbeleid.

Die belangrijke eerste alcoholbeleidsnota gaf aan dat een samenhangende aanpak het meest effectief is. Die nota koos dan ook voor de gelijktijdige inzet van een veelheid van beleidsinstrumenten. Dus een mix van:

- voorlichting en preventie
- wetgeving en zelfregulering
- accijnsheffing
- zorg en hulpverlening
- facetbeleid

Het is inmiddels ook wetenschappelijk aangetoond dat de inzet van slechts één beleidsinstrument op lange termijn altijd maar een beperkt resultaat geeft. Wil men de alcoholproblematiek structureel verlagen, dan moet men méér instrumenten inzetten. De maatregelen afzonderlijk hoeven niet zo drastisch te zijn, als ze maar bij elkaar aansluiten en elkaar versterken.

TWEEDE ALCOHOLNOTA

Bij de komst van het paarse kabinet in 1998 is in het regeerakkoord bepaald dat het beleid gericht op het terugbrengen van overmatig alcoholgebruik zou worden geïntensiveerd. De voornemens voor de komende jaren zijn eind vorig jaar neergelegd in een nieuwe alcoholnota. In die nieuwe nota wordt gekozen voor een dubbele doelstelling. Het beleid richt zich zowel op algemene matiging van het gebruik, als op risicobeperking in specifieke situaties. Bij dat laatste kan je denken aan de gevolgen van misbruik in het gezin, op het werk, in het verkeer en tijdens het uitgaan.
Er is ook een streefcijfer voor het beleid geformuleerd. Dat is een daling van het aantal probleemdrinkers in 2004 met circa 120.000 gevallen. Nogal ambitieus dus. De term 'probleemdrinker' is een ruim begrip. Het gaat om mensen die stevig drinken én daardoor ook problemen hebben. Circa 9% van de bevolking van 16 jaar en ouder is probleemdrinker.

Vorige maand is er over de nieuwe alcoholnota in de Tweede Kamer een debat geweest. Daaruit bleek dat er volop draagvlak is voor de beleidsvoornemens.

VOORLICHTING

Een belangrijk beleidsinstrument is voorlichting en preventie.

De voornemens uit de eerste alcoholnota leidden al snel tot de massamediale publiekscampagne 'DRANK maakt meer kapot dan je lief is'. Die campagne bestaat nu, 15 jaar later, nog steeds. Inmiddels gaat het om een jaarlijks budget van ongeveer 1,5 miljoen Euro. In het kader van de campagne bestaat ook een infolijn en een website.

In 1990 trad de Code voor Alcoholhoudende Dranken met regels over alcoholreclame in werking. Dit heeft onder meer tot gevolg dat de alcoholproducenten sindsdien minimaal 40% van de reclamespots voor alcoholhoudende dranken voorzien van de slogan 'Geniet, maar drink met mate'.

Rond die tijd zijn de preventieafdelingen van de regionale instellingen voor ambulante verslavingszorg zich ook gaan bezighouden met alcoholvoorlichting aan het algemene publiek. Zij gingen toen namelijk fungeren als regionaal steunpunt van de landelijke massamediale campagne. Sinds een paar jaar voeren de steunpunten zelf campagnes uit, die wèl landelijk worden gestuurd. Het gaat dan bijvoorbeeld om campagnes op campings en in grote universiteitssteden.

Sinds de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zijn ook gemeenten actiever geworden. Zij hebben hun Geneeskundige Diensten opgedragen meer activiteiten te ontplooien, aanvullend op de preventieactiviteiten van de regionale steunpunten. Vaak gaat het om voorlichting in het onderwijs in het kader van het project 'De Gezonde School en Genotmiddelen'.

WETGEVING EN ZELFREGULERING

Een ander belangrijk beleidsinstrument is de Drank- en horecawet, waarin de distributie van alcoholhoudende drank is geregeld. Deze wet richt zich op overheden en verstrekkers. In het Wetboek van Strafrecht staan bepalingen met betrekking tot drankgebruik gericht op de burger, bijvoorbeeld het verbod op openbare dronkenschap.
De Drank- en horecawet bepaalt onder meer dat je een vergunning nodig hebt voor het schenken van alcohol in de horeca en voor de verkoop van sterke drank in slijterijen. Zwakalcoholhoudende drank mag zonder vergunning in levensmiddelenwinkels worden verkocht. Sinds vorig jaar mag er niet meer bij benzinepompen worden verkocht, ook al heeft zo'n pomp een levensmiddelenwinkeltje.

Drank- en horecawetvergunningen worden verstrekt door de gemeenten. Om een vergunning te krijgen moet je minimaal 21 jaar zijn, geen recent crimineel verleden hebben en een korte cursus verantwoord verstrekken hebben gevolgd. We hebben dus in Nederland een wettelijk verplichte cursus voor barbeheerders en andere leidinggevenden. Verder gelden inrichtingseisen voor het pand.

De gemeente heeft ook een eigen verordende bevoegdheid. Veel gemeenteraden verbieden op grond daarvan het schenken van sterke drank in sportkantines, jeugdaccommodaties en scholen. De gemeenten bepalen ook de sluitingstijden.

In de Drank- en horecawet staan ook leeftijdsgrenzen. Die zijn in Nederland 16 jaar voor zwakalcoholhoudende dranken en 18 jaar voor sterke drank. De regels zijn vorig jaar aangescherpt. Zo moet elke verstrekker vanaf november vorig jaar controleren of de

aspirant-koper oud genoeg is. Om hieraan bekendheid te geven zijn diverse campagnes opgezet.
Tot voor kort hadden we 9 controleurs van de Drank- en horecawet, voor heel Nederland. Vanaf dit jaar is er echter geld beschikbaar om zo'n 60 extra drankwetinspecteurs aan te stellen. Intensivering van de handhaving is één van de speerpunten van het beleid.

De beperking van de reclame en marketing door de alcoholbranche is in Nederland geregeld in zelfreguleringscodes. Er is één code voor de reclame, één code voor de horeca en één code voor de detailhandel. De codes bevatten bepalingen gericht op het beperken van de reclame en marketing gericht op jongeren. Zo mag er geen reclame zijn als meer dan een kwart van de luisteraars, kijkers of bezoekers jonger is dan 18 jaar. Verder mogen happy hours niet gericht zijn op jongeren. De Tweede Kamer heeft recent laten weten dat zij deze bepalingen onvoldoende vindt. De volksvertegenwoordigers willen een verbod op alle alcoholmarketing gericht op jongeren en een algeheel verbod op happy hours en op stuntaanbiedingen.

ACCIJNSHEFFING

Net als veel andere landen heft de Nederlandse overheid accijnzen op alle alcoholhoudende dranken. Die is voor bier ruim 5 Eurocent per glas, voor wijn bijna 5 Eurocent per glas en voor gedistilleerd ruim 16 Eurocent. Er bestaat ook een belasting op frisdranken, vruchtensappen en mineraalwater.

In de tweede alcoholnota van vorig jaar is voorgesteld deze belasting op niet-alcoholhoudende dranken te verlagen en een gelijktijdige verhoging van de accijns op alcoholhoudende dranken door te voeren. Zo wordt het prijsverschil tussen beide soorten dranken groter, wat een goed signaal is naar jongeren.
Vorig week heeft de Tweede Kamer unaniem met deze accijnsschuif ingestemd. De accijns op bier en wijn wordt zo'n 20% duurder, die op frisdranken zo'n 40% lager. Onze Minister-President noemde dit zo mooi: een verfrissing van de accijnzen.

ZORG EN HULPVERLENING

Nu een enkel woord over de zorg. Nederland beschikt over een uitgebreid netwerk van 174 gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg. Het netwerk omvat ambulante, semi-murale en intramurale zorginstellingen. Deze instellingen zijn specifiek bedoeld voor verslaafden en het geheel wordt dan ook 'categoriale' verslavingszorg genoemd.

Jaarlijks worden in deze zorginstellingen meer dan 29.000 alcoholpatiënten ingeschreven: 25.000 in de ambulante zorg en 4.000 in de verslavingsklinieken en de verslavingsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen.

De ambulante verslavingszorg heeft een jaarlijks budget van circa 70 miljoen Euro. De verslavingsklinieken krijgen gezamenlijk zo'n 87 miljoen Euro. Deze bedragen zijn voor de hele verslavingszorg. In verhouding wordt het meeste geld besteed aan drughulpverlening.
In het kader van de tweede alcoholnota is daarom besloten dat de verslavingszorg jaarlijks circa 8 miljoen Euro extra krijgt voor enkele specifieke projecten gericht op alcoholpatiënten.

Eén van de uitgangspunten van het zorgbeleid is dat vroegtijdige herkenning belangrijk is. De resultaten van de behandeling van alcoholpatiënten zijn namelijk gunstiger naarmate de aandoening minder lang bestaat. Dan is het sociale netwerk en het sociale functioneren van de drinker meestal nog niet ernstig aangetast. Bij een vroegtijdige herkenning is het mogelijk met lichtere interventies, al dan niet gecombineerd met medicijnen, een positief resultaat te

bereiken. Bij vroegtijdig ingrijpen wordt de totale schade beperkt. Niet alleen de gezondheidsschade, maar ook de maatschappelijke.
Gezien het voorgaande zal het niet verbazen dat de extra gelden in het kader van de alcoholnota vooral gebruikt zullen worden voor het vergroten van het bereik van de ambulante alcoholzorg, met name in een vroeg stadium. Er komt een uitbreiding van het aanbod van korte interventies, zoals het viergesprekkenmodel. Bovendien wordt gestart met een experiment met avondopenstelling van de ambulante zorg en met projecten voor kinderen van alcoholverslaafden.

FACETBELEID

Tot slot wil ik nog kort wat zeggen over het alcoholbeleid dat samen met andere departementen wordt ontwikkeld. Ik denk dan vooral aan het beleid tegen rijden onder invloed samen met het ministerie van Verkeer en Waterstaat. Op het beleidsterrein van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ligt de alcoholvoorlichting gericht op het bedrijfsleven. Samen met het ministerie van Justitie ontwikkelen we een beleid rond veilig uitgaan.

In Nederland is de alcoholnorm in het verkeer op dit moment 0,5 promille. Omdat er toch nog jaarlijks zo'n 235 dodelijke slachtoffers zijn door rijden onder invloed heeft het kabinet besloten dat die norm voor beginnende bestuurders terug moet naar 0,2 promille. Verder gaan we in Nederland de jullie wel bekende BOB-campagne introduceren. Nu zijn er in Nederland diverse rijden-onder-invloedcampagnes, die allemaal zullen opgaan in één grote campagne gericht op het maken van afspraken over wie nuchter blijft en dus rijdt. Voor rijders onder invloed zijn er in Nederland EMA-cursussen. Dat is een educatieve maatregel voor rijders die weliswaar zwaar onder invloed hebben gereden, maar mogelijkerwijs nog wel te corrigeren zijn. Ze moeten de cursus grotendeels zelf betalen

Er is in Nederland één alcoholpreventieorganisatie die zich al sinds vele decennia specifiek richt op het bedrijfsleven, met name Alcon, Alcohol Consultancy Nederland. Alcon fungeert ook als centraal servicebureau voor de verslavingszorg. Zij benadert het bedrijfsleven branchegewijs. Alcon stimuleert ook privaat-publieke projecten, waarbij het bedrijfsleven lokaal het voortouw neemt om te komen tot zogenoemde 'community'-projecten.

De laatste jaren is er ook ruim aandacht besteed aan het thema alcohol en uitgaansgeweld. De trieste dood van enkele jongeren heeft geleid tot aandacht voor geweld op straat en meer in het bijzonder uitgaansgeweld. Met name de dood van Meindert Tjoelker heeft in Nederland een ware schokgevolg veroorzaakt. Dat iemand op straat kan worden doodgetrapt, terwijl niemand wat doet! Dat leidde tot massale stille tochten.
De meeste activiteiten rond alcohol en geweld hebben tot doel om op lokaal niveau convenanten te maken over de bevordering van veilig uitgaan. Een ander initiatief dat genoemd kan worden is de ontwikkeling van de verplichte cursus Horecaportier. Recent is ook voorlichtingsmateriaal over veilig uitgaan voor scholen ontwikkeld.

Ik hoop dat ik u in vogelvlucht een beeld heb kunnen schetsen van het Nederlandse alcoholbeleid. Zoals u ziet een breed beleid, dat van velen inzet vergt. Ook de komende jaren zal nog veel gedaan moeten worden aan de gewenste vermindering van de alcoholproblematiek.

14. BELEIDSDEBAT ALCOHOLPROBLEMATIEK

Een debat met:

- *Marc Verstraete*
  Adjunct-kabinetschef van minister Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansenbeleid
- *Bob Cools*
  Kabinetsmedewerker van minister Magda Aelvoet, federaal minister van Volksgezondheid
- *Koen D'Haenens*
  Kabinetsmedewerker van minister Marc Verwilghen, federaal minister van Justitie

Moderator: Kris Smet, VRT

Het beleidsdebat vormde het sluitstuk van de studiedag 'Alcohol. Bekijk het eens nuchter'. De ganse dag werden diverse aspecten van de alcoholproblematiek aangekaart en besproken. In het beleidsdebat werden beleidsvoerders aangesproken op de hiaten en pijnpunten in hun huidige beleid aangaande de alcoholproblematiek

INTEGRAAL DRUGBELEID

De overheid is steeds voorstander geweest van een totaalaanpak van de middelenproblematiek: zowel tabak, alcohol, psychofarmaca als illegale middelen. De tendens naar meer gecombineerd gebruik van middelen (alcohol én illegale drugs), die recent ook uit onderzoek blijkt, bevestigt nogmaals het belang van deze beleidsoptie.
Een totaalaanpak van de middelenproblematiek maakt het mogelijk om met impulsen op diverse terreinen heel wat meer te bereiken dan met enkele draconische maatregelen die weerstand oproepen.
De beleidsmakers wensten er dan ook op te wijzen dat de eenzijdige aandacht voor de illegaledrugproblematiek in sommige media en bij sommige politieke partijen contraproductief werkt.

BEVOEGDHEIDSVERSNIPPERING

Het debat maakte opnieuw pijnlijk duidelijk dat de huidige bevoegdheidsversnippering tal van zinvolle initiatieven immobiliseert en onmogelijk maakt. In ons land zijn 38 ministers op één of andere manier bevoegd voor (aspecten van) de drugproblematiek.
Het ontbreekt de beleidsmakers evenwel niet aan goede bedoelingen: zowel federaal als Vlaams worden initiatieven genomen om tot meer afstemming te komen.
Zo is de eerste doelstelling van de federale Drugnota, die in januari 2001 werd goedgekeurd, een samenhangend beleid te creëren. Het sluitstuk daarvan is de oprichting van de algemene cel drugbeleid (voorzien tegen einde 2002) waarin alle bevoegde ministers (38) hun plannen op elkaar zullen afstemmen. Een eerste stap in die richting is de realisatie van de cel gezondheidsbeleid inzake drugs met alle bevoegde gezondheidsministers, die operationeel is sinds de zomer van 2001.
Minister Vogels pleit op haar beurt in haar Beleidsbrief 2002, die momenteel ter bespreking voorligt in het Vlaams parlement, voor een globale aanpak van alle drugs, voor een meer wetenschappelijk onderbouwde aanpak en voor meer mensen en meer middelen voor het

preventiewerk. Ook zij wil daarbij alle bevoegde Vlaamse ministers en beleidsterreinen aanspreken.

ONDUIDELIJKE REGELGEVING

"Mogen minderjarigen in een winkel alcohol kopen? Mogen breezers aan minderjarigen geschonken worden in een horecagelegenheid? ..." Als zelfs in het debat tussen de beleidsmedewerkers onenigheid ontstaat over wat al dan niet toegelaten is, kunnen we alleen maar besluiten dat de wetgeving zeer onduidelijk is.
Vanuit de zaal werd een warm pleidooi gehouden voor een transparante wetgeving en een duidelijke communicatie hierover. De beleidsvoerders dragen hierin een zeer grote verantwoordelijkheid omdat een duidelijke regelgeving een conditio sine qua non is voor degelijk preventiewerk en hulpverlening.
De heer Cools engageerde zich om de onduidelijke regelgeving over verschillende aspecten van de alcoholproblematiek op de agenda te plaatsen van de cel gezondheidsbeleid inzake drugs. Na de noodzakelijke uitklaring van de wetgeving volgt een informatiecampagne naar alle betrokkenen.

Verantwoordelijke uitgever: VAD Stan Ansoms E. Tollenaerestraat 15 1020 Brussel